ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin de la Salpétrière, membre de l'Académie de médecine

ET

LUNIER

Inspecteur général du Service des aliénés et du Service sanitaire des prisons de France.

CINQUIÈME SÉRIE. — TOME CINQUIÈME

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE.

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1871

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PSYCHOLOGIE.

ÉTUDE

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Par le Dr HENRY BONNET,

Médecin-directeur de l'asile de la Roche-Gandon.

L'étude des maladies mentales est extrêmement délicate et complexe, et cette étude est doublement séduisante, parce quelle se prête en même temps aux tendances positives ou à l'imagination du penseur; mais c'est un double écueil, et de puissantes individualités n'ont pas su se tenir assez en garde contre le dernier. — Dans les perversions psychiques, il y a un vaste champ pour glaner, et la philosophie a rendu ce grand service à la médecine de lui donner l'analyse des facultés et d'indiquer leur mode de coordination avec la résultante finale; mais, en livrant le fil conducteu,r elle a eu le grand tort de s'engager elle-même dans des méandres d'où elle ne se tire qu'à grand'peine, et d'égarer la

pensée naturellement trop prête à laisser le connu pour l'inconnu, à quitter les voies de l'observation pratique pour se précipiter vers un trompeur mirage. Elle a voulu créer l'esprit indépendant du corps, et, en séparant l'organisme d'avec l'entendement et le moral, elle ne pouvait que se donner d'insurmontables difficultés à propos de la genèse et de l'explication des choses. En restant dans la théorie purement spéculative, et repoussant les indications expérimentales fournies par les éléments physiques de la vie, elle s'est préparé pour l'avenir une lutte impossible à soutenir; car la preuve scientifique, quelle que soit la négation qu'on lui oppose, ne s'arrête point aux obstacles et triomphe insensiblement de la résistance du plus épais agrégat.

La science mentale est loin d'avoir dit son dernier mot. — Et, d'abord, peut-elle reposer sur des principes qu'il soit possible de déterminer avec certitude ? La clinique médicale, c'est-à-dire l'observation pratique, par une alliance intime avec la psychologie, est déjà parvenue à un grand degré de perfection, et les services qu'elle rend chaque jour à l'économie sociale et à la médecine légale ont une valeur qu'on ne saurait contester. — Mais cela ne suffit pas en science pure et même en science appliquée, et c'est la connaissance des lésions ainsi que les conséquences à en déduire qui nous donneront la clef de mystères qu'on a pu croire impénétrables jusqu'ici. — En les cherchant, on tâchera de se défendre d'être trop localisateur, et les ressources actuelles de la psychologie nerveuse, en nous montrant la relation qui existe entre toutes les parties du corps humain, apporteront un concours dont la caractéristique deviendra pour chacun une évidence formelle de la vérité. — Nous possédons une masse de faits non encore bien élucidés, et nous en ajouterons d'autres qu'on parviendra à former en groupes et avec lesquels il sera ultérieurement possible de composer un corps de doctrine. Il faudra les vérifier, les coordonner, les comparer les uns aux autres.

Pour cela être, ce travail exige une largeur de vues, une pénétration, un esprit observateur qui, sans négliger les considérations théoriques et les déductions philosophiques, réclame une profonde et persistante habitude de l'examen. — L'homme, en toutes choses, a commencé par des appréciations plus ou moins arbitraires, et il a raisonné et déraisonné pendant de nombreux siècles avant de trouver à la science une base rationnelle ; mais ce n'est que lorsqu'on a pu mettre de l'ordre dans un amas de règles expérimentales que les voies se sont tracées. Le courant actuel s'est affirmé, et il veut qu'on s'efforce d'analyser exactement les conditions fondamentales des altérations qui forment la genèse plus ou moins directe des déterminations mentales, et cela, abstraction faite de tout dogmatisme, de toutes conceptions imaginatives plus ou moins séduisantes et forcées; en d'autres termes, il repousse un empirisme toujours insuffisant pour ne songer qu'à l'utilité directe. — Le progrès est un phénomène complexe ; il n'est pas un mouvement régulier et continu. De ce que nous avons le passé qu'il ne faut jamais dédaigner, quelle que soit son ancienneté, il ne s'ensuit pas qu'il nous ait dépassé ou qu'il faille le croire supérieur à lui ; loin de le placer, comme le font quelques esprits trop forts, au magasin des antiques, il faut s'appuyer dessus, se servir religieusement de ce qu'on a enseigné, de ce qui est, de ce qui ne pourra point ne pas être, en ajoutant les éléments nouveaux livrés par le travail contemporain qui se repose lui-même sur l'avenir ; c'est ce qui constitue le sage et véritable progrès, progrès qui va lentement parce qu'il est trop souvent ralenti dans sa marche par un individualisme intéressé, mais progrès qui va sûrement.

Il est des aliénistes fort distingués et très-consciencieux, du reste, qui, en science mentale, pensent devoir rouler autour d'un idéal psychique et ont émis que les prédispositions morbides, originelles ou acquises, n'étaient que des appoints et que, physiologie, anatomie pathologique, fonds

cliniques, tout ce qui constitue enfin le mouvement causal, en étant le poteau indicateur, ne devait venir qu'incidemment. Je leur demande bien pardon si je ne suis pas de leur avis; mais comme ils renient les phénomènes de la vie, intimement liés, selon moi, aux expressions fonctionnelles de l'entendement et du moral, je doute que l'avenir, qui couronnera l'œuvre persistante du progrès, leur donne gain de cause.

Déjà, il y a plus de trente ans, M. Moreau (de Tours), en traitant de l'influence du physique sur le moral, arborait un drapeau qu'il n'a pas quitté depuis et, marchant avec hardiesse sur les théories théologiques et métaphysiques, il avançait que les maladies mentales, quelle que fût la cause éloignée ou prochaine, dépendaient d'une lésion matérielle plus ou moins appréciable. Il tendait la main à Rostan, auquel j'ai souvent entendu dire, quand il parlait des maladies cérébrales : « Si nous ne trouvons point l'altération, » c'est que nos moyens de recherches ne sont pas assez par- » faits; c'est que la physiologie est loin d'avoir fini avec » elle-même. »

« Ce sont, dit justement M. Moreau (de Tours), les mo- » difications apportées dans l'organisme par l'hérédité, par » telle ou telle cause physique ou morale, par l'état général, » la constitution, les maladies, les conditions d'existence, » l'alimentation, les excès de toute nature qui font l'alié- » nation mentale. »

Et certes, en disant cela, il n'a pas entendu se séparer de la symptomatologie psychologique; il n'a pas renoncé à l'alliance de la philosophie et de la médecine. Il a voulu leur plus complète solidarité; il a voulu ce que mon savant ami, le docteur Luys, a si bien exprimé dans ses recherches sur le système nerveux cérébro-spinal.

M. Moreau (de Tours) lutte depuis longtemps, et il doit voir avec satisfaction que la vieille ornière va enfin se combler. — M. Luys, pour reprendre cette lutte, a dépensé une

force de vues dont je me suis emparé et dont on s'emparera certainement. — Moi-même, plus modestement, dans un travail fait avec le docteur Poincaré sur la paralysie générale, j'ai cherché à démontrer que la circulation cérébrale était modifiée, et que les apports d'un sang vicié, en altérant la nutrition de l'organe, introduisaient des principes nouveaux et entravaient la reconstitution normale des éléments histologiques. — Griesinger et d'autres, tout en laissant leurs points spéciaux à la psychologie, ne m'ont pas paru séparer les maladies mentales de la pathologie interne. — On voit donc, de divers côtés, une force de choses qui va imprimer un mouvement durable.

Un lien étroit réunit toutes les parties de l'organisme ; ce lien, c'est le système nerveux fourni par l'axe cérébro-spinal et le grand sympathique qui, par leurs irradiations aux limites extrêmes de l'économie, donnent une solidarité puissante au grand tout de l'être humain. Chaque organe a ses activités propres moléculaires qu'il entretient par des emprunts incessants au monde extérieur. Quand l'activité s'émousse et se vicie, quand la synergie manque, les susceptibilités maladives ou la maladie se présentent, les conditions de vie s'altèrent, l'acte nerveux se modifie, et son courant se transmet en raison directe de la perversion qu'il a subie. — Si le cerveau commence la scène, un processus descendant s'adressera au reste de l'organisme, et l'étude clinique nous donne chaque jour à envisager, en dehors de graves symptômes plus tangibles, une usure graduelle des éléments hygides. — Si c'est un organe plus ou moins distant des grands centres qui a sa raison morbide, les conditions vaso-motrices en ressentent le choc, et un processus ascendant partant de la périphérie troublera le mode circulatoire et la nutrition du cerveau, transformera d'une façon discordante avec les lois naturelles la réparation histologique et aboutira à un rendement fonctionnel imparfait. — Dans les deux cas, nous aurons des cercles patholo-

giques dont les éléments se corroborent mutuellement.

Toute classification s'appuyant sur les lésions est donc à refaire, en ce qui concerne les maladies mentales; mais elle ne peut se constituer *ex abrupto*; elle a besoin des documents considérables de l'observation clinique, de l'anatomie pathologique et de la physiologie; il est nécessaire pour elle que le temps et les recherches puissent permettre de sortir d'un chaos où nous nous trouvons actuellement et qui ne peut durer.

L'organe encéphalique est loin d'être toujours l'endroit où il faille trouver l'*initium* de la détermination des vésanies. — L'altération mentale ne reconnaît pas fatalement pour sa genèse la modification directe produite dans le *sensorium commune* par l'exaltation ou l'affaissement passionnels dont l'action n'est déjà pas la même selon les idiosyncrasies et les conditions ethnologiques, et dont la résultante n'est pas toujours brusquement immédiate; cette exaltation ou cet affaissement trouvent encore un adjuvant dans les modalités nerveuses, soit des centres, soit de la périphérie, soit du système ganglionnaire, et dans les maladies organiques. Si le cerveau peut être, dans beaucoup de cas, le point spécial du départ des accidents vésaniques, il n'est pas moins vrai que des organes plus ou moins éloignés et lésés dans leur essence ont donné le *primum movens* du retentissement cérébral. — Sans doute, je ne peux entrer ici dans tous les détails maladifs dn corps humain; mais, je le répète, des troubles existant autre part que dans le crâne ont leur effet sympathique et même réflexe vers le cerveau qui n'est alors qu'organe de détermination. — Aussi, parce que les symptômes psychiques de la folie viennent en tout état de cause du cerveau, ne faut-il pas se presser de conclure que c'est le cerveau lui-même qui l'a produite d'emblée. S'il m'est pérmis de m'exprimer ainsi, il a reçu, élaboré les éléments morbides qui lui ont été envoyés par la circulation; puis, l'assimilation aux limites infinitésimales a

souffert, et le rendement fixé par les lois hygides s'est dévié.

Il est donc de toute opportunité, dans l'étude de la folie, d'étudier tous les organes et de se rendre compte, lors de leurs lésions, des appréciations physiologiques dont on peut établir la corrélation avec les faits expérimentaux acquis, et de chercher ensuite une conclusion philosophique. — La clinique nous offre chaque jour des preuves confirmatives de ce que j'avance, en venant prêter son appui aux savantes recherches de Bernard, de Brown-Séquard, de Luys, de Vulpian..... et de ceux qui, dans ces derniers temps, se sont occupés du rapport du système nerveux avec ses fonctions. — En parcourant avec la plus grande attention deux ouvrages, l'un du regrettable Cerise, l'autre du docteur Luys, j'ai été vivement frappé de la corrélation qui existe entre les idées du premier et les miennes, bien que je me sépare sur plusieurs points; et il est, en dehors de tout ce que je peux dire ici, des aperçus chez Cerise sur lesquels j'appelle au plus haut degré l'étude des expérimentateurs et du clinicien. — Quant à l'œuvre du docteur Luys, il suffit de lire pour se convaincre de la profondeur de ses vues, quand il fait l'application à l'organisme des manifestations intellectuelles et morales.

Dans le délicat réseau de cellules multipolaires où s'accomplit le travail cérébral, où les sensations viennent former l'impression, où l'idée éclot, se condense en raisonnement, où la volonté s'exerce, il y a un renouvellement incessant de la particule organique, soumise aux mêmes lois de circulation et de nutrition que les restes de notre être; rien ne s'y passe qui ne soit ressenti par le système entier.

Si la simple lassitude de l'esprit, si la suractivité du travail de la pensée exercent tout d'abord une influence dynamique sur la cellule, en abaissant ou exagérant des phénomènes physiques de vie, la résultante sera, au détriment du travail réparateur de la nutrition, une assimilation défectueuse qui se traduira par une physiologie mentale impar-

faite. — Mettez à la place les passions diverses, de puissantes impressions, l'ébranlement sera plus complet et nous verrons l'action circulatoire se modifier en plus ou en moins, en donnant lieu à des accidents de pléthore ou d'anémie cérébrales, le renouvellement des infiniments petits changer de nature, les expressions fonctionnelles se manifester par des symptômes morbides de différents ordres et plus ou moins durables, selon les terrains et selon l'intensité ou la persistance de la cause.

L'organe cérébral ne subit point de modificatious anormales sans que le reste de notre être n'éprouve le mouvement contagionnel. — Si, dans la vie ordinaire, les excitations ou dépressions cérébrales causées par les émotions, chagrins divers et enfin toutes les conditions auxquelles le parcours de l'existence nous soumet, amènent dans le reste du système des perturbations physiologiques, générales ou locales, ce fait s'accentue davantage quand la vraie condition pathologique s'est révélée. — Journellement, nous en voyons l'exemple auprès de l'aliéné chez lequel l'usure progressive marche incessamment, graduellement, sans que rien puisse faire supposer que des travaux morbides s'effectuent. Tout d'abord, il semble bien portant, et cependant il est malade; l'influence cérébrale a retenti depuis longtemps sur l'appareil nerveux, l'innervation contraire des vaso-moteurs a altéré le mode nutritif, la réparation histologique s'est vicieusement produite et la vie va s'émousser insensiblement; c'est la goutte d'eau qui creuse. Subitement, et avec les apparences de la santé, sans qu'une indication se soit offerte, l'aliéné s'alite ; tantôt il y a marasme général; tantôt nous avons affaire à une véritable maladie bien définie, à marche différente toutefois que chez d'autres individus, et dont il ne faudra chercher la vraie cause que dans les troubles de l'innervation ; et ici un organe a été seulement plus accessible que d'autres à l'influence morbifique, car le microscope nous montrera des changements dans tous

les tissus, de même que la chimie nous dévoilera des modifications persistantes dans le sang, les urines et les diverses excrétions.

Donc, quand le cerveau est attaqué primitivement, des conditions modificatrices de nutrition s'exercent, sa fonction subit une étreinte, et le reste de l'organisme en reçoit le retentissement. — Par un phénomène inverse, différents troubles et différentes lésions bien accentuées qui auront lieu en tels ou tels points de l'organisme, transmettront leur influence au cerveau dont le travail pathologique s'accusera par la folie ; et tous les appareils, depuis la peau jusqu'aux organes splanchniques, dont la corrélation sera plus saisissable, témoigneront d'une connexité que l'étude clinique, s'appuyant sur les ressources de la physiologie nerveuse, rendra plus claire d'année en année. — Qu'on réfléchisse tant soit peu, par exemple, sur les maladies incidentes des aliénés, qu'on tâche de les approfondir, et l'on verra qu'elles sont loin d'être toujours aussi incidentes qu'elles le paraissent et qu'on le croit. Sans cesse je suis frappé, à l'autopsie de malades emportés rapidement par un état suraigu ou succombant dans des conditions marasmatiques, de lésions organiques à date fort ancienne ayant passé inaperçues et qui sont évidemment la source originelle des déterminations cérébrales. — Il y a là une étude toute neuve dans laquelle on doit entrer, étude dont l'efficacité sera réelle, à mesure que se multiplieront les analyses exactes distraites d'un spiritualisme préconçu. — C'est donc la genèse médico-psychologique qu'il s'agit de dégager, et ce sera la tâche de la fin du siècle, selon que la diffusion des connaissances positives suivra de plus en plus la loi du progrès.

« Malgré la nature merveilleuse et la délicatesse des ma-
» nifestations des phénomènes psychologiques, il est impos-
» sible, dit M. Claude Bernard (*Introduction à l'étude de la
» physique expérimentale*), de ne pas faire rentrer les phéno-
» mènes cérébraux, comme tous les autres phénomènes des

» corps vivants, dans les lois d'un déterminisme scientifique.»

Et, en effet, tous les éléments du système nerveux, malgré leur autonomie distincte, forment une vaste association dont les courants ascendants (*phénomènes inconscients*) et les courants descendants et internes (*phénomènes conscients*) concourent à une formelle unité. Leur connexité est des plus intimes et de leur mouvement régulier ou anormal naissent la régularité ou la désharmonie de la fonction. — Ainsi, par exemple, les émotions violentes, en suractivant l'impression de la cellule cérébrale, détermineront un mouvement vibratif ressenti par toutes les cellules voisines, entraveront l'évolution des idées ; la volonté, dont la propriété spéciale semble régulatrice, sera souvent impuissante à dominer l'action, et dès lors le courant vibratif descendant se manifestera par des expressions organiques subites. — Un immense et instantané chagrin amène les larmes ; la frayeur, des commotions diverses voient se développer par vibration périphérique de la chair de poule et, par vibration viscérale, un flux intestinal, un écoulement vaginal, une émission d'urines...., etc. — De même, les irritations périphériques, par leur vibration ascendante, impressionnant les cellules cérébrales conscientes, détermineront des mouvements moléculaires, et donneront des troubles de circulation et de nutrition d'autant plus graves que la force vibratile est plus forte et la volonté plus impuissante à faire réagir la cellule cérébrale contre l'impression reçue. C'est ce qui se voit d'une façon des plus tangible, à mon avis, dans l'irritation des nerfs viscéraux et génitaux ; et les affections de l'estomac, du foie, de l'intestin, de l'utérus exercent sur la cellule cérébrale un pouvoir ouvertement despotique.

Ces idées, qui prennent davantage racine chez moi à mesure que j'observe les aliénés, ont été, en grande partie, savamment discutées par M. Luys, et beaucoup aussi par M. Onimus. Je n'ignore pas que les mystères sont profonds et que les objections sont prêtes d'avance ; tout sera d'autant

mieux élucidé dans l'avenir que la vérité se désobscurcit peu à peu, qu'une force irrésistible porte vers une physiologie nerveuse mieux entendue, et que la clinique lui prête son puissant concours.

J'aurais bien encore à dire sur ce sujet, dont je ne parle qu'à un point de vue général ; mais je ne veux point, pour l'instant, faire un livre. Je n'ai voulu que donner à la discussion un champ défini pour la lutte.

Plus j'avance, et moins je comprends l'*homo duplex* de quelques philosophes. Entendement, moral, organisme sont une trinité des plus intime.

Je ne me dissimule pas qu'on peut me faire le reproche de matérialisme. — C'est une glace bien molle sur laquelle ne s'arrêteront pas les gens de bonne foi, et à ceux qui me feraient ce reproche, je répondrais : « Non, je ne suis pas » matérialiste dans le sens que vous l'entendez ; je ne fais » que m'attacher aux considérations biologiques qui sont à » la portée de mes sens. Pour être matérialiste dans le sens » de ce mot qui élève tant de disputes, il faudrait s'attacher » aux causes premières ; or, j'avoue sur ce point ma for- » melle ignorance et je me garderai bien de m'y attaquer. »

Je me résume :

On peut établir ces trois grandes divisions : 1° Altérations organiques héréditaires ; 2° Altérations vésaniques émanant du système nerveux central ou périphérique modifié ; 3° Altérations vésaniques dont la provenance est dans une maladie organique.

Le sujet, comme on le voit, est très-vaste et prête à l'observation et à l'étude. — Ici, je ne puis envisager que d'une façon succincte. — L'hérédité est pour les maladies mentales une cause des plus puissante de prédisposition, et même de détermination. Elle semble être égale, soit du côté paternel, soit du côté maternel, enjambe les générations et offre des conditions remarquables de collatéralité. La conséquence est une impossibilité ou une simplesse mentale

plus ou moins profonde, ou bien la folie, ou un névropatisme exagéré, des bizarreries d'humeur et de caractère qu'on ne saurait mettre en parallèle avec une folie confirmée, mais qui méritent en droit une grande atténuation. — Les documents sur l'apparition de telle ou telle de ces formes sont complexes, et l'on ne saurait, en principe, établir une liaison avec l'intensité du vice procréateur; car, à côté d'individus de la même famille diversement affectés, s'en trouvent de complétemment indemnes et qui auront d'énergiques aptitudes de résistance.— Chez les héréditaires, on trouve des états acquis par le cerveau, soit directement, soit par influence plus ou moins prochaine, ressortissant au reste de l'organisme et amenant des ébranlements mécaniques de durée plus ou moins courte, des mouvements inflammatoires ou congestifs, des troubles histologiques plus durables. Chez les héréditaires, l'action morbide sera plus prompte et plus persistante; chez les autres, le pronostic sera variable suivant les conditions de terrain, le point de départ de la lésion et la forme des expressions symptomatiques. — S'il est plus que probable, sans cependant qu'on puisse être mathématiquement affirmatif, que l'imbécile ou le fou engendreront des êtres dont les facultés mentales porteront l'empreinte maladive, il est également vrai que des parents libres de toute lésion intellectuelle et morale, mais ayant souffert de lésions nerveuses ou éprouvé une cachexie quelconque par suite de troubles fonctionnels, pourront donner naissance à des êtres dont les qualités psychiques seront nulles, amoindries, ou viendront à sombrer sous la plus légère influence. — Tel individu procréé par tel ou tel parent de mauvaise constitution ou ayant fait des abus, trouvera dans sa physiologie nerveuse les aptitudes nécessaires pour offrir de prime-saut une arriération ou une susceptibilité spéciale pour acquérir une forme psychique morbide. — Des mariages trop précoces ou contractés à un âge trop avancé donneront chez le produit de la conception

une déchéance primitive ou de fâcheuses dispositions d'avenir; là sera la source d'une hérédité quelconque et de dégénérescence de race. Autant que je puis l'observer chaque jour, l'attention me semble passer bien légèrement sur cette grave question d'économie sociale. — En dehors de ces parturitions prématurées ou tardives, l'enfant, pendant la gestation, peut se trouver en présence, même chez une mère saine et ne commettant point d'imprudences, de caractères anormaux de nutrition et de formation physiologique qui nuiront à un développement naturel correct et altéreront son innervation de suite ou dans un avenir plus ou moins prochain. — La conduite de la mère vis-à-vis d'elle-même pendant sa grossesse, ses inconséquences, ses défectuosités de régime, ses colères, ses émotions, ses écarts d'imagination, ses excitations organiques amènent chez l'enfant des modifications dans la nutrition générale et des troubles dans les relations de l'élément artériel et de l'élément nerveux; de là appauvrissement à la naissance, convulsions du premier âge avec leur conséquences fatales, aptitudes à la surexcitation, aux impressionnabilités diverses, aux lésions cérébrales, cérébro-ganglionnaires....., etc. — Les phénomènes vicieux de l'allaitement, les erreurs, négligences, impérities de la nourrice vis-à-vis de l'enfant, en faussant le mode d'appréciation des éléments nutritifs, auront une grande part d'influence sur l'expression morbifique du système nerveux.

Mais l'enfant va grandir; il exigera des conditions d'habitation, de vêture, d'alimentation, d'éducation physique et morale, enfin, dont la mauvaise direction peut contrarier le rendement physiologique nerveux en caractérisant un épiphénomène mental, ou convulsif, ou névropathique protéiforme, ou la folie; et cela en raison directe du processus héréditaire ou congénial. —Dans l'habitation, les conditions vicieuses de l'air, soit par confination, soit parce qu'il sera chargé de substances délétères, l'absence d'insolation, l'hu-

midité prédisposeront aux maladies nerveuses. — Esquirol cite la perversion de l'atmosphère comme cause des convulsions de l'enfance et de l'épilepsie, et il parle de certaines professions dans lesquelles l'air ambiant se trouve chargé de substances impures qui agissent comme éléments producteurs de la folie. — Le mauvais choix des aliments, leur trop grande ou irrationnelle ingestion, l'irrégularité dans les repas exaspèrent l'appareil nerveux qui peut en éprouver une impressionnabilité durable ou prédisposition à acquérir. — Toutes choses égales d'ailleurs, les éléments artériels du système nerveux de l'enfant faible ont parfois besoin d'excitant; le contraire a lieu chez l'enfant vigoureux.— Les soins réclamés par la vestiture veulent une attention spéciale; trop chauds ou trop froids, ils altèrent la synergie entre l'élément artériel et l'élément nerveux par une tendance à la congestion ou un ralentissement de l'hématose; compresseurs, ils nuisent à la digestion, et l'antagonisme vaso-nerveux en reçoit le contre-coup. — Toujours en raison de ces deux grands principes, qui se tiennent intimement et réagissent l'un sur l'autre, la circulation et l'innervation, une vigilance extrême doit être apportée dans les exercices physiques, et la direction du développement organique doit être aussi rigoureuse que celle qui préside à l'accroissement intellectuel et affectif.

L'enfant a grandi; il s'est fait homme, après avoir plus ou moins échappé à un nervosisme ou à une aptitude d'acquisition. — Il se trouve placé en face de trois conditions: 1° Influences personnelles; 2° Influences du milieu social; 3° Influences exercées par les maladies sur son appareil nerveux. — A ces trois conditions correspond également ou à des degrés différents un triple ordre de faits: 1° Faits d'innervation intra-cérébrale; 2° Faits d'innervation cérébro-ganglionnaire; 3° Faits d'innervation cérébro-sensoriale. Ces trois faits d'impressionnabilités résument la physiologie nerveuse de l'homme.

Aux influences personnelles se rattachent des viciations physiques diversement tangibles : les idiosyncrasies, les écarts ou les abus de régime, la transgression des lois naturelles par excession dans les exercices, occupations ou fatigues organiques. — De là, altération des phénomènes normaux de l'excitation nerveuse qui détermine la prédominance d'un organe principal, le cerveau surtout, et modifie la névrosité ; alors, dérangement des sens et des facultés, affaissement dynamique de certains points de l'économie plus particulièrement soumis à l'influence primordiale et dont le *contagium* retentit autre part, troubles ataxiques, multiformes, paralysie...., etc. — Joignons encore les mouvements passionnels innés, si nombreux et si variés, mais dont l'énumération me conduirait trop loin.

Aux influences sociales se rapportent les causes précédentes. — Quelques passions, en outre, ne font encore que grandir : l'orgueil, la vanité, le désir exagéré de plaire ou de paraître, la jouissance ou l'aspiration effrénée du pouvoir, qu'on rencontre avec ses joies et ses déceptions à tous les degrés de l'échelle ; le luxe et toutes déviations qui en résultent ; l'esprit d'imitation, la facilité d'entraînement. —Tous ces éléments passionnels, en ébranlant l'intelligence, violentant ou affaissant le moral, produisent primitivement ou secondairement, et par action organique, la lésion fonctionnelle du cerveau, soit par des troubles de la nutrition amenant des modifications histologiques, soit par excitation ou sidération immédiates.

J'ai dit que, s'il y a prédisposition héréditaire ou congéniale, le processus morbide apparaît plus rapidement. — Si, depuis la naissance, l'homme n'a pu, par suite de l'éducation physique et morale, échapper aux modifications ou susceptibilités anormales que de mauvaises règles ont fait intervenir dans le système nerveux lors de son développement, il résistera moins aux influences passionnelles et ambiantes quelconques.

Et maintenant les maladies, qu'on soit allé les chercher dans les deux grandes sources que je viens d'énumérer, ou qu'elles aient un autre *initium*, peuvent très-certainement amener la lésion nerveuse, soit d'emblée, soit par conséquences, soit d'une façon critique; et l'effet qui se produira sera toujours en rapport avec l'hérédité, l'élément congénial ou la susceptibilité pour contracter. — L'importance des maladies est extrême; mon opinion même est que la plupart des affections dites incidentes, dont l'autopsie nons montre les graves lésions, ne se sont point développées pendant le cours de l'aliénation mentale, mais qu'elles l'ont précédée; leur marche a été occulte, insidieuse jusqu'au jour où s'est révélée une suracuité ou que les fonctions se sont enrayées par l'usure progressive et lente de la nutrition générale ou partielle.

Ne nous plaçant aussi, pour un instant, qu'aux seuls points de vue de l'influence morale, qu'on s'est trop habitué à ne considérer que d'une façon abstractive, le raisonnement mène droit aux synergies physiologiques et à une localisation morbide organique. Prenons un exemple dans les rapports du cœur et du cerveau. — Au premier, ont dit certains auteurs, appartiennent les sensations naturelles; au second les sentiments étudiés. — Tandis que Bichat, définissant le siége accepté de nos émotions, disait du cœur : « C'est un muscle creux, » d'autres cherchaient les rapports et méditaient l'impressionnabilité unique et suprême du cerveau. Avaient-ils davantage tort ou raison que le vieil Homère, s'écriant par la bouche d'un de ses héros : « Mon diaphragme vous aime. » — Non, bien que le progrès moderne ne soit pas encore parvenu à nous montrer le point organique réel des sensations internes, nous ne croyons pas nous avancer, en disant que le cœur nous semble jouer un rôle passif et le cerveau un rôle actif; celui-ci produira, l'autre recevra; en d'autres termes, le cœur est soumis au contrôle du cerveau; la sensation est transmise au cerveau

qui la juge et renvoie au cœur le résultat de son examen ; et tandis que ce dernier subit la secousse, l'autre diminue ou affaiblit l'effet pour lui-même; mais il subit aussi le choc en retour. De là naît cet antagonisme dans notre nature, antagonisme physiologique qui subit des perturbations dont, à un moment donné, la pathologie s'empare et dont s'émeut le psychologue.

Toutes ces conditions de causalité, sur lesquelles je ne veux que passer brièvement, mènent droit à reconnaître la nature de la folie dans les altérations organiques, non pas seulement du cerveau, mais de tout le système nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire. — Et, comme je l'ai dit, si les vues théoriques doivent le faire pressentir, la clinique vient les corroborer, et elles se trouvent davantage appuyées par les patientes investigations anatomiques qui, depuis Gall et Ch. Bell, mais plus spécialement dans ces derniers temps, ont jeté une lumière toute nouvelle sur la physiologie nerveuse.

La folie résulte donc invariablement de lésions organiques. — Si elle reconnaît dans beaucoup de cas un point de départ éloigné, le cerveau est l'organe de détermination; c'est lui qui préside aux manifestations mentales. — On retrouve toujours dans les vaisseaux intra et périphériques, dans les altérations de structure une révélation claire des troubles par expansion ou dépression de l'activité cérébrale. Les maladies de l'esprit sont donc la conséquence dernière d'une lésion soit histologique, soit circulatoire du cerveau, et ce n'est pas, comme quelques auteurs l'ont avancé, la lésion qui est le résultat de la maladie de l'esprit.

Mais les choses, bien qu'on apprécie la vérité et qu'on sache où l'on doit la chercher, ne sont pas encore si nettement tangibles dans l'état actuel de la science, qu'on puisse conclure à une classification anatomo-pathologique offrant le point de départ causal. C'est une œuvre qui demandera de longues années, parce qu'elle exige l'expérience de beau-

coup d'hommes avant qu'un seul, en réunissant tous les éléments nécessaires, compose un tout harmonique.

Quoi qu'il en soit donc, et tout en admettant que l'atteinte portée aux facultés n'est qu'une expression physique, je pense que la classification symptomatique, d'après les modifications de l'entendement et du moral, est toujours la seule qui doive être préférée pour le moment; c'est celle de Pinel et d'Esquirol. — Toute autre, quelle que soit sa base, peu exécutable actuellement, me semblerait offrir de graves inconvénients sous les rapports administratif et judiciaire, si intimement liés avec notre branche spéciale des sciences médicales; toute autre ne pourra être établie sous forme dichotomique qu'à mesure des progrès physiologiques; nonobstant, elle ne pourra jamais se séparer de la méthode psychique, celle d'Esquirol.

Ici j'entre dans un autre ordre d'idées qui me paraît avoir un grand caractère d'actualité.

Depuis plusieurs années, quelques hommes ont éprouvé un besoin qui ne se faisait en rien sentir, celui de quitter une doctrine confirmée par l'expérience pour professer des théories qui n'ont pour elles que le brillant, que la pratique récuse, et qui peuvent être très-nuisibles à la science.

Lorsqu'au commencement de ce siècle, Pinel établit sa classification, elle était simple, très-nette et s'appuyait sur une observation positive. L'imagination était, en science, sévèrement écartée.

Esquirol lui succède, et l'on voit la même précision méthodique qui vient apporter son contingent de nouveaux faits. La psychiatrie progresse, et l'on ne quitte pas la route qui vient d'être créée; le point de départ et le mode d'agir sont restés les mêmes, parce que l'examen impartial soustrait à l'individualisme montre qu'ils sont vrais. — Esquirol a conservé les grandes divisions auxquelles il subordonne les faits que l'expérience lui montre; il ajoute à son maître, il complète et ne détruit pas; il se garde

bieu de multiplier les entités symptomatiques, qui constitueraient un danger pour l'avenir; il évite avec grand soin de se lancer dans une métaphysique dont l'abstraction aurait pour conséquences de s'affranchir de toutes règles sévères et de substituer les vues spéculatives à un examen solide. Il marche, et d'autant plus sûrement qu'il ne se laisse pas entraîner au delà de ce que lui montrent l'observation et le souvenir des faits acquis.

Nous voyons les Ferrus, les Calmeil, les Baillarger, etc., suivre la même voie; et lorsque les hommes qui appartiennent à cette génération se sont divisés sur toute la surface de la France pour appliquer les préceptes des maîtres, c'est parce qu'ils ont marché avec calme dans le sillon tracé qu'ils ont pu fermement établir les véritables règles de la science mentale et de son économie. Ils ont persisté dans les vieux errements, en y ajoutant de nouveaux éléments de progrès qu'on ne peut trouver qu'en restant dans le champ d'une observation précise. — A leur tour, les élèves ont pu voir que la méthode était la seule judicieuse et, parmi ceux à côté desquels je m'estime fier de marcher, j'en vois de remarquables qui ne se sont point laissé entraîner par le clinquant de séduisantes idéologies auquel d'autres n'ont pas su résister.

Nous sommes, en science mentale, — il ne faut pas se le dissimuler, — à une époque difficile et où il faut que les rangs se serrent étroitement. — Une presse toujours disposée à chercher le mal pour le mal et à inventer ce mal, parce que le scandale est son pain quotidien, excite sans cesse l'opinion publique dans un but facile à comprendre ; elle frappe sur les aliénistes comme elle frapperait de même sur d'autres, afin de se donner des motifs d'incriminer des régions plus élevées. — Nous avons supporté le choc; mais il ne faut pas oublier que si quelques-uns d'entre nous, — gens de grand talent du reste, — désertent les vrais principes pour courir après l'inconnu et, sous prétexte de

science, lâchent les rênes à leur imagination, ils ménagent pour l'avenir de grandes difficultés à ceux qui veulent rester dans les rigueurs de l'observation.

La science mentale est difficile par elle-même. Le public est loin de comprendre toujours la vérité sur la folie; et si par trop de subtilité métaphysique on se met à exagérer, à quintescencier les choses, et à trouver partout des types maladifs, on donnera gain de cause aux détracteurs de la science. — En administration même, on nous croira moins, et la magistrature qui, différemment de ce qu'elle était il y a vingt ans, nous recherche actuellement et nous écoute, n'aura plus qu'une créance limitée dans nos opinions.

Il ne faut point quitter la route tracée quand la route est bonne.

Sans doute, la liberté d'opinions est un droit indéniable et commun à tous; mais elle ne doit pas s'insurger contre les institutions péniblement acquises et troubler les sécurités scientifiques étroitement liées aux garanties sociales.

Les systèmes n'ont jamais rien valu, et l'histoire est là pour donner la preuve de la personnalité outrée de leurs auteurs et des inconvénients qu'ils ont causés.

« On doit rester convaincu, dit Reveillé-Parise, que la » plus grande épreuve d'un système en médecine, épreuve » à laquelle aucun n'a résisté, est l'application clinique » des principes de ce système. Le réformateur a beau crier: » Ma doctrine est l'alpha et l'oméga de la science, la vérité » est là, et n'est que là. Le bon sens inaliénable des pra- » ticiens, c'est-à-dire de ceux qui voient et qui font, le » redoutable contrôle d'un scepticisme rationnel finissent » toujours par démontrer que la vérité n'y est que dans des » proportions relatives, quelquefois même bien minimes. »

Il est de toute évidence que la doctrine des fondateurs de notre école ne doit pas constituer une règle qui soit invariablement immuable; mais elle constitue un large enseignement où chacun doit se garder des tendances à la des-

truction, et doit apporter sa part d'éclectique examen, d'impartialité clairvoyante.

Tout était vague à la fin du siècle dernier. A rares intervalles apparaissaient des hommes à sages conceptions et d'une grande rectitude de jugement; mais leurs idées ne pouvaient prévaloir contre celles de leur époque. Il fallait une rénovation sociale amenée par le long travail des siècles pour produire la renaissance des sciences qui, sur les hauteurs où la civilisation nouvelle arrivait, firent avec celle-ci un pacte de vie. — Cette vie s'est répandue sur nous avec Pinel, Esquirol et leurs continuateurs; il faut la conserver. — Ces hommes étaient des géants dans leur genre, et l'on peut dire d'eux avec Virgile : Quand la charrue passera sur leurs tombeaux, on sera étonné de la grandeur de leurs os. — Depuis eux, on a parcouru un laborieux chemin; mais on devra toujours se trouver au commun rendez-vous avec le génie originel.

C'est pour cela qu'il faut se garer des systématiques qui s'exaltent de leurs propres idées, et d'après l'ère desquels il semblerait qu'il faut dater la science. — En voulant imposer les systèmes, on se montre d'un despotisme et d'une intolérance inouïs vis-à-vis de ceux qui ne veulent pas les adopter; on affaiblit la solidarité professionnelle, et on détruit le prestige de ceux qui, par leur modération, tendent à conserver en place les garanties du passé. — Quand on voit ainsi le vertige de l'imagination ôter toute rectitude au bon sens, enchaîner le véritable esprit d'observation; quand on voit les continuels appétits de la personnalité et les convoitises de gloire éphémère dompter ainsi les hommes, on ne peut se défendre d'une certaine frayeur.

En médecine psychologique, comme dans les autres branches des connaissances humaines, il ne faut rien accepter de confiance, et tous les aperçus doivent être soumis à une analyse pénétrante. Il faut savoir être homme de pratique et repousser ceux qui, se concentrant dans la

théorie abstraite, dans les vues imaginatives, prennent l'exagération de principes pour une déduction rigoureuse. L'esprit de l'homme n'est pas fait pour se contenter de doctrines captieuses sans y apporter, quelle que soit la légitime autorité de leurs auteurs, un sévère contrôle. — On ne jure pas d'emblée *in verba magistri*, et il faut que la raison confirme les principes sur lesquels on s'appuie.

Telle est notre doctrine, qui est dépourvue de complaisance envers les systèmes, et qui est le plein exercice de l'examen des faits, sans chercher à rôder autour d'un idéal, sans se créer un type auquel il faille tout rapporter. — C'est en appliquant toutes les forces vives de notre intelligence et de nos aptitudes à ne marcher que d'un pas sûr dans la route de l'observation que nous isolerons la vérité et que nous pourrons avec calme envisager l'avenir.

PATHOLOGIE.

DE L'ISOLEMENT DES ALIÉNÉS

CONSIDÉRÉ

COMME MOYEN DE TRAITEMENT

ET COMME MESURE D'ORDRE PUBLIC

Par M. le Dr L. LUNIER,
Inspecteur général du service des aliénés.

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE DU 19 AVRIL 1870.

Messieurs,

La question des aliénés est plus que jamais à l'ordre du jour : quelques faits des plus simples en réalité, mais que les journaux ont étrangement dénaturés, sont devenus l'occasion de nouvelles attaques contre la loi de 1838. Nos adversaires ne veulent plus même attendre que la commission, chargée d'examiner s'il y a lieu de modifier ou de compléter cette loi, ait terminé son travail ; ils viennent de porter la question devant le Corps législatif et de proposer notamment la transformation, dans tous les cas, du médecin en simple expert et la constitution d'un jury pour l'examen préalable des personnes soupçonnées d'être atteintes d'aliénation mentale (1).

Je ne sais, Messieurs, quel accueil sera fait à cette pro-

(1) Proposition de M. Gambetta ; séance du 24 mars 1870.

position; mais, il m'a semblé que la question offrait un assez grand intérêt d'actualité, pour être portée devant un corps savant, dont deux de ses membres les plus éminents, Esquirol et Ferrus, ont pris une part importante, bien qu'indirecte, à l'élaboration de la loi de 1838. Je viens donc vous demander la permission d'exposer sommairement devant vous les principes d'après lesquels ont été conçus la loi de 1838 et notamment les articles qu'on attaque avec le plus de violence, je veux parler de ceux qui sont relatifs au placement des aliénés dans les asiles publics ou privés.

Les aliénés sont placés dans les asiles, soit parce qu'ils sont dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes, soit parce qu'ils sont curables et que l'internement dans une maison de santé est considéré comme le meilleur moyen d'obtenir leur guérison, soit enfin parce qu'ils sont infirmes et ne peuvent, ni eux ni leur famille, subvenir à leurs besoins.

Je ne m'occuperai point aujourd'hui de ces derniers; les réclamations auxquelles a donné lieu dans quelques départements leur admission dans les asiles, sont d'un ordre purement administratif et ne nous intéressent aucunement en tant que médecins.

Je ne m'arrêterai non plus qu'un instant sur la question des aliénés dangereux. La loi de 1838, en effet, n'a point introduit sous ce rapport de changement bien important; elle n'a fait pour ainsi dire que compléter et rendre uniformes les mesures de police appliquées avant cette époque sur divers points de la France.

Ces malades, vous le savez, Messieurs, sont séquestrés en vertu des art. 18 et 19 de la loi de 1838. Que cette séquestration soit prononcée par l'autorité administrative, comme cela s'est fait jusqu'ici, ou par les tribunaux, comme le demandent les adversaires de cette loi, peu nous importe

en réalité. Il me semble seulement, comme l'a dit excellemment M. de Gasparin à la chambre des députés le 6 janvier 1837, que « les mesures de précaution relatives à l'isolement demandent ordinairement une extrême célérité, une prudence, une discrétion qui se concilient difficilement avec la lenteur et la solemnité des formes judiciaires et qui sont faciles et naturelles aux opérations administratives. »

L'action administrative, d'ailleurs, est soumise à une responsabilité qui ne pèse pas sur l'autorité judiciaire, et subit de la part de cette dernière un contrôle que l'autorité judiciaire ne peut accepter de la part de l'autorité administrative.

Quoiqu'il en soit, Messieurs, dans les cas de cette nature, nous n'avons qu'un avis à donner sur l'état de l'individu qu'il s'agit de séquestrer, et sur le caractère dangereux ou non de l'aliénation mentale dont il est atteint.

J'ai dit ailleurs, Messieurs (1), ce qu'il fallait entendre par *aliéné dangereux ;* je n'y reviendrai donc pas. Je me contenterai seulement d'exprimer le regret que la loi de 1838 n'exige pas, dans tous les cas, la production d'un certificat médical pour les placements d'office, c'est-à-dire ceux effectués par mesure de police (art. 18).

Je sais bien que dans certains cas, il n'est pas nécessaire d'être médecin pour reconnaître qu'un individu est aliéné; mais comme entre la folie évidente pour tout le monde et celle qui n'offre pas ce caractère, il n'est pas facile d'établir une limite, il me paraîtrait préférable que, *dans tous les cas*, le certificat du médecin fût exigé, non pas pour arrêter l'individu réputé dangereux et le mettre hors d'état de nuire à autrui ou à lui-même, mais pour le séquestrer dans un asile. C'est du reste, il faut le dire, ce qui se pratique presque partout aujourd'hui.

(1) *Des aliénés dangereux*. Paris, 1869, page 5.

Est-il besoin d'ajouter, Messieurs, que parmi les aliénés séquestrés par mesure d'ordre public, il en est un assez grand nombre qui sont en même temps susceptibles de guérison ou tout au moins d'une certaine amélioration ? L'intervention du médecin dans les cas de cette nature est à double titre légitime et nécessaire.

Je m'en tiens à ces quelques mots sur les placements d'office, qui, je le répète, ne nous intéressent qu'indirectement, et je passe aux placements volontaires, c'est-à-dire à ceux qui sont effectués par les familles, sans l'intervention préalable de l'autorité.

Ici, Messieurs, notre rôle est des plus importants : le certificat que nous délivrons sur la demande des parents est la seule pièce qu'ils soient obligés de produire pour placer un malade dans une maison de santé. C'est sur ce point que la loi de 1838 a été attaquée avec le plus de violence et de passion, et cependant c'est la légitimité de cette intervention du médecin, qu'avec un peu de réflexion on eut dû le moins contester.

Mais d'abord quel est le but, quelle est la raison d'être de ce placement d'un aliéné dans une maison de santé? La question est trop importante pour que je n'entre pas ici dans quelques détails.

L'aliéné — et c'est là, si je puis dire, la caractéristique de sa maladie — n'a pas conscience de son état (1), ne se considère pas comme un malade et moins encore comme un malade privé de raison, et, dans l'immense majorité des cas, refuse de se soigner. Il faut donc ou l'abandonner à lui-même ou le traiter malgré lui.

En second lieu, l'expérience a démontré que pour guérir la

(1) Il y a bien à cette règle quelques exceptions ; mais elles n'ont qu'une importance secondaire au point de vue de la question qui nous occupe.

folie, il fallait avant tout changer la direction vicieuse des idées et des penchants du malade, et que pour obtenir ce résultat et triompher en même temps de la résistance de l'aliéné aux prescriptions médicales, il n'était pas de plus sûr moyen que de le soustraire à ses habitudes, de l'éloigner du milieu où le délire a éclaté, de le séparer de sa famille, de le placer, en un mot, dans des conditions nouvelles d'habitation et d'entourage. C'est en cela précisément que consiste l'*isolement*.

L'isolement a été employé de tout temps, mais sous divers modes, comme moyen de traitement de la folie. Soranus, Asclépiade, Celse, Arétée, parmi les anciens; Cullen, Willis, Haslam, Daquin, Pinel, parmi les modernes, conseillaient l'isolement des aliénés.

Le pèlerinage à Ghéel et le placement des aliénés dans des familles étrangères, qui sont avant tout un mode d'isolement, remontent au VII^e^ siècle. Mais c'est surtout à Esquirol que revient la gloire d'avoir nettement établi, dans son mémoire de 1832, la nécessité, ou tout au moins l'utilité de ce précieux moyen de traitement, et il l'a fait avec une telle hauteur de vues, que je ne pourrais sur ce point que répéter ce qu'il a si bien dit.

Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, qu'*isolement* veuille toujours dire internement dans une maison de santé. Il y a beaucoup d'autres manières d'isoler les aliénés, quand leur situation de fortune le permet. Il en est quelques-uns que l'on se trouve bien, quand ils y consentent, de faire voyager avec un parent, avec un ami, avec un médecin; il en est d'autres que l'on peut isoler dans leur propre domicile ou placer dans des familles étrangères, ou bien encore auxquels il suffit de faire adopter un genre de vie tout nouveau pour eux, des littérateurs ou des gens d'affaires, par exemple, qui se trouvent à merveille de s'adonner mo-

mentanément à un travail manuel; d'autres, enfin, dont il suffit d'éloigner quelques-uns des parents ou des serviteurs habituels, ou que l'on se contente de changer d'habitation sans les séparer de leur famille.

Mais le moyen le plus généralement employé est l'internement dans une maison de santé, et la raison en est bien simple : c'est en même temps, en effet, le moyen le moins dispendieux, celui qui remplit le mieux les conditions que j'ai énumérées précédemment; et qu'enfin il n'y a guère que dans ces établissements que l'on puisse installer convenablement tous les moyens thérapeutiques usités dans le traitement de la folie.

Et puis, il faut le dire, c'est surtout dans les asiles spéciaux que le médecin acquiert sur ses malades cette autorité sans laquelle le traitement moral est à peu près impossible.

Dans bien des cas, du reste, la maison de santé répond à une indication d'un autre ordre. Beaucoup d'aliénés, en effet, ne sont point seulement des malades, mais sont aussi des êtres dangereux, qui exigent une surveillance de tous les instants; et cette surveillance n'est guère possible en dehors des asiles.

Comme moyen de traitement, d'ailleurs, l'isolement n'est pas applicable à toutes les formes d'aliénation mentale, ni, chez le même aliéné, à toutes les périodes de sa maladie.

Dans la folie paralytique, par exemple, quand le malade n'a pas d'accès d'agitation et qu'il y a dans son entourage une personne intelligente et énergique qui sait prendre sur lui une autorité suffisante, il est assez souvent possible de laisser l'aliéné dans sa famille.

Dans certaines folies sur-aiguës, assimilables sous ce rapport au délire des maladies fébriles, quand il est permis de prévoir avec une quasi-certitude la terminaison rapide par la guérison ou par la mort, nous conseillons volontiers de ne point éloigner le malade de sa famille.

Beaucoup d'aliénés avec conscience de leur état, de monomanes et de fous raisonnants, peuvent être traités à domicile ou tout au moins en dehors des établissements spéciaux.

Dans certains des cas de lypémanie avec conservation de la sensibilité affective, l'on se trouve bien également de ne point séparer l'aliéné de ceux qui lui sont chers ; il suffit parfois d'écarter momentanément ceux de ses parents ou de ses serviteurs dont la présence lui est pénible.

Quelquefois même, au lieu d'éloigner les parents, nous sommes heureux de trouver en eux de précieux auxiliaires. Que de fois ne sommes-nous pas obligés, pour obtenir d'un lypémaniaque ou d'un paralytique qu'il consente à prendre quelque nourriture, de faire intervenir sa mère, sa femme ou ses enfants, dont la patience et les sollicitations affectueuses peuvent seules venir à bout de l'obstination inconsciente du malade !

Mais il ne suffit pas de connaître dans quels cas il est utile de recourir à l'isolement ; il faut aussi, et ce n'est pas la partie la moins délicate de notre tâche, savoir décider à quel moment précis il faut le faire cesser.

Que la maladie mentale, en effet, se soit lentement aggravée, qu'elle soit restée stationnaire, ou qu'elle ait suivi une marche décroissante, il y a des cas, beaucoup plus nombreux qu'on le pense généralement, où il est nécessaire de discontinuer l'isolement ou tout au moins d'en changer les conditions ; des cas, par exemple, où il faut préparer prudemment et de longue main la visite d'un parent ou d'un ami ; d'autres, au contraire, où il est indiqué de mettre brusquement le malade en présence de l'un des siens ; il y a certains aliénés, enfin, que l'on se trouve bien de renvoyer à titre d'essai dans leur famille.

S'il est quelquefois dangereux de conserver trop long-

temps un convalescent dans un asile, il ne l'est pas moins de rendre prématurément à la liberté certains malades, en apparence parfaitement guéris.

Que de fois ne voit-on pas revenir dans les établissements de pauvres aliénés dont le délire a reparu dès les premiers jours, les premières heures même de leur retour dans la famille !

Quand il s'agit, d'ailleurs, de rendre un malade à la liberté, il ne suffit pas d'être bien fixé sur son état mental; il importe aussi de connaître la famille, l'entourage, les conditions matérielles et morales, le milieu, en un mot, où le convalescent va se trouver jeté en quittant l'établissement.

Serait-il prudent, par exemple, de remettre trop tôt à son mari une pauvre femme dont la folie a été déterminée par des querelles de ménage? de renvoyer dans sa famille, avant que la guérison ne soit pleinement confirmée, une jeune fille que des chagrins d'amour ont rendu folle? de jeter prématurément dans le tourbillon des affaires l'industriel ou le financier dont le travail a fatigué le cerveau?

Ce sont là, Messieurs, autant de problèmes thérapeutiques dont la solution demande beaucoup de tact, mais exige en même temps des connaissances spéciales qui ne s'acquièrent point sans de longues études.

Quoi qu'il en soit, et c'est là surtout ce que je tenais à bien établir, l'isolement, sous quelque forme et en quelque lieu qu'il soit pratiqué, est un *moyen thérapeutique* des plus efficaces, mais en même temps des plus difficiles à manier, et dont il n'appartient qu'au médecin de déterminer l'opportunité et de limiter la durée. Jamais, à aucune époque et dans aucun pays, cette attribution de compétence n'a été sérieusement mise en question; jamais personne, après mûre réflexion, n'a songé à demander qu'elle fût l'objet d'un contrôle.

C'est à la famille, d'ailleurs, qu'il appartient d'exécuter les prescriptions du médecin. Par le fait même de notre déclaration, en effet, que le malade est aliéné et n'a plus son libre arbitre, les parents ont le droit et le devoir d'intervenir et d'agir d'autorité à son égard : *Si furiosus esse incipit, agnatorum gentiliumque in eo potestas esto,* dit avec raison la loi romaine. Ce droit de la famille, de faire traiter *malgré lui* un de ses membres atteint de folie, n'a jamais, à aucune époque, été sérieusement contesté.

J'admets cependant que l'isolement, quand il implique la séquestration, puisse donner lieu à de graves abus, et qu'à ce titre il soit l'objet, de la part de l'autorité, d'une surveillance de tous les instants. Mais c'est précisément ce qu'a voulu faire et ce qu'a fait excellemment, à mon sens, la loi de 1838.

Si cette loi, en effet, Messieurs, a reconnu, ou plus exactement, a confirmé le droit de la famille de traiter malgré lui, en l'isolant au besoin, l'un de ses membres atteint d'aliénation mentale, quand cet isolement est prescrit par un médecin (art. 8), elle a voulu que cet isolement ne pût être effectué que dans des établissements spéciaux, soumis à une autorisation préalable, et offrant à tous les points de vue de sérieuses garanties (art. 5, 6 et 7) ; elle a voulu que l'autorité administrative et l'autorité judiciaire fussent immédiatement avisées de tout placement effectué dans ces établissements (art. 8 et 10) ; que dans les trois jours de l'admission, le malade, au moins dans les asiles privés, fût visité par un ou plusieurs médecins délégués par le préfet, qui peut même leur adjoindre telle autre personne qu'il lui plaît de désigner (art. 9) ; que dans les vingt-quatre heures de l'admission et quinze jours après, le directeur fût tenu d'adresser au préfet un certificat du médecin de l'établissement (art. 8 et 11) ; elle a voulu que toute personne retenue dans un asile fût mise en liberté dès que le médecin a

déclaré la guérison obtenue (art. 13) ; qu'avant même cette déclaration, le malade fût remis entre les mains des ayants droit sur sa personne, qui viendraient à le réclamer (art. 14); que les établissements d'aliénés fussent ouverts à toute heure de jour et de nuit aux délégués du ministre de l'intérieur et du préfet, au président du tribunal, au procureur impérial, au juge de paix, au maire (art. 4) ; la loi a voulu enfin que toute personne retenue dans un établissement d'aliénés, ses parents ou amis, pussent se pourvoir devant les tribunaux pour obtenir, s'il y a lieu, sa sortie immédiate (art. 29).

Telles sont les garanties, Messieurs, que renferme la loi de 1838.

Nulle part, en Europe, les établissements d'aliénés ne sont soumis à une surveillance aussi minutieuse. On pourrait, d'ailleurs, si on le juge nécessaire, multiplier encore ou mieux régulariser les inspections et les visites ; mais cela ne nécessite aucunement le remaniement de la loi.

J'arrive, Messieurs, à l'objection qui nous touche de plus près. Le médecin qui délivre le certificat d'admission peut, nous dit-on, commettre une erreur et même se laisser entraîner à un acte de complaisance. Cet argument a été si souvent reproduit qu'il me paraît nécessaire de faire à cet égard une réponse nette et catégorique.

Et d'abord, sur la question de fait, depuis la promulgation de la loi de 1838, et je pourrais remonter beaucoup plus loin, pas un seul cas de séquestration arbitraire dans les asiles n'a encore été établi, et je déclare hardiment mensongères et calomnieuses toutes les affirmations contraires qui se sont produites et se produisent journellement à ce sujet dans les journaux.

Sur la question de principe, ma réponse ne sera pas moins explicite. Assurément, les médecins peuvent se tromper quand ils délivrent un certificat de folie impli-

quant l'isolement dans un asile. Mais ne sont-ils pas exposés tous les jours, dans l'exercice de leur profession, à commettre des erreurs qui peuvent compromettre la vie de leurs malades, aussi précieuse assurément que la liberté? A-t-on jamais songé, à cause de cette possibilité d'erreur, à faire contrôler leurs prescriptions par un magistrat?

Si l'on juge nécessaire, du reste, d'apporter sous ce rapport quelque changement à la loi de 1838, il en est un que l'on pourrait y introduire avec beaucoup plus de raison. Puisque, de l'aveu de tous, l'internement dans un asile constitue une mesure exceptionnelle, une dérogation au droit commun; que dans certains cas, d'ailleurs, le diagnostic offre des difficultés sérieuses, ne pourrait-on pas exiger que le médecin appelé pour délivrer un certificat à fin d'admission agisse comme on le fait, en général, quand on se trouve en présence d'un cas grave ou difficile, qu'il s'adjoigne un confrère? Il ne serait fait d'exception que pour les cas d'urgence, qu'il faut toujours admettre, à quelque opinion qu'on se rattache.

C'est ainsi, Messieurs, que l'on procède en Angleterre et en Écosse pour les placements volontaires. La loi anglaise exige seulement que les deux médecins signataires du certificat à fin d'admission, voient le malade séparément, et que leurs certificats soient toujours motivés sur les faits qu'ils ont eux-mêmes observés et non pas seulement sur ceux qui leur ont été simplement communiqués (1).

Reste la question des certificats de complaisance.

Nous aurions bien le droit, Messieurs, surtout lorsqu'il est avéré que pas un seul fait de cette nature n'a pu être établi, malgré toute l'ardeur qu'on a mise à les rechercher;

(1) L. Lunier: *Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés; Études sur les législations française et étrangères.* Paris, 1868.

nous aurions bien le droit, dis-je, de nous contenter de protester énergiquement contre cette accusation banale, qu'une famille mal intentionnée peut trouver, pour délivrer un faux certificat de folie, un médecin complaisant ou malhonnête. Mais, en pareil cas, une protestation ne vaut pas un bon argument. Voyons donc quelle est la valeur de cette allégation.

Admettons pour un instant qu'on ait obtenu ce certificat de complaisance. A quoi peut-il servir? à séquestrer un prétendu aliéné pendant un ou deux jours, trois ou quatre au plus. Encore faut-il admettre que le directeur et le médecin de l'établissement ne reconnaîtront pas la fraude ou consentiront à s'y associer. Les garanties que nous avons énumérées sont, en effet, si bien conçues, qu'il est matériellement impossible, si la loi est ponctuellement exécutée, — et elle peut toujours l'être, — qu'une séquestration arbitraire puisse se prolonger au delà de quelques jours.

Mais, nous dira-t-on, ces quelques jours passés dans un asile, au milieu des aliénés, peuvent rendre fou l'homme le plus sain d'esprit. Ceux qui ont inventé ou rééditent tous les jours de pareils arguments savent bien peu ce que sont aujourd'hui les maisons de santé. S'ils s'étaient donné la peine, avant d'en parler, de visiter le premier venu de ces établissements, ils sauraient que les malades nouvellement admis ne sont aucunement confondus avec les autres, qu'ils sont soumis pendant quelques jours à un examen spécial, et que c'est pendant ces quatre à cinq jours que se font les vérifications si sagement prescrites par la loi de 1838. En un mot, dans les maisons de santé bien tenues, — et on peut exiger, s'il y a lieu, qu'elles le soient toutes, — on ne prend d'abord à l'égard des nouveaux arrivants que des mesures pour ainsi dire préventives, et on ne les place dans les quartiers de traitement, que lorsque le médecin de l'établissement est bien fixé sur le caractère de la maladie et que la contre-visite prescrite par l'art. 9 a été faite.

Profitera-t-on, comme on l'a dit également, de ces quelques jours d'internement dans un asile pour compromettre la fortune ou la réputation d'une personne qu'on y aurait indûment séquestrée? Mais n'y a-t-il pas mille autres moyens plus faciles et moins dangereux d'obtenir le même résultat? Est-il admissible qu'on ait précisément recours au mode de séquestration le plus strictement surveillé?

On ne pourrait donc obtenir qu'un bien mince résultat en donnant la main à une séquestration arbitraire : les déclamations qui se sont produites à cet égard dans la presse et dans les romans, sont œuvre d'imagination et pas autre chose.

Savez-vous, d'ailleurs, Messieurs, à quelles peines on s'exposerait pour un si mince résultat? à la peine des travaux forcés, comme auteur ou complice d'une séquestration illégale (art. 59 et 341 du code pénal), et, qui pis est, à l'infamie.

Ce n'est point, Messieurs, dans les maisons de santé *autorisées* que les séquestrations illégales sont à craindre aujourd'hui, mais bien plutôt dans la famille même ou dans ces maisons que je ne saurais trop comment désigner, où l'on garde parfois pendant des mois et malgré eux des malades dont personne n'est admis à vérifier l'état mental.

Les détracteurs de la loi de 1838 se sont donc trompé d'adresse : au lieu de réclamer l'abrogation ou le remaniement des articles concernant les placements volontaires dans les asiles publics ou privés, ils auraient mieux fait de se joindre à nous pour demander *que nul ne puisse être détenu comme aliéné dans son domicile, chez des parents ou des étrangers, sans que l'autorité en soit immédiatement avisée.* Il en est ainsi dans les cantons de Genève et de Neuchâtel, en Norwége, en Belgique et dans les Pays-Bas et l'on s'en trouve à merveille. Les maisons non autorisées, en effet, qui ne sont par cela même soumises à aucune surveillance, ne tarderont pas

à se multiplier en France, au grand détriment de la liberté individuelle, si l'on n'en finit une bonne fois avec ces accusations injustes et inconsidérées contre les asiles publics et les maisons de santé.

Jusqu'ici, Messieurs, je n'ai parlé que des aliénés qui présentent des chances de guérison ou tout au moins d'amélioration ; de ceux, en un mot, pour lesquels l'isolement en maison de santé est prescrit comme moyen de traitement. Que ces aliénés soient ou non dangereux, la question est évidemment la même, et je crois avoir démontré que le médecin seul est compétent pour juger de l'opportunité de ce mode d'isolement et qu'on ne peut rationnellement donner à personne le droit de contrôler sa déclaration à cet égard.

Il n'en est pas de même des aliénés qui n'offrent aucune chance de guérison ni même d'amélioration, auxquels, en un mot, le séjour dans un asile n'est d'aucune utilité, mais qui sont dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes. Ces malades, je le sais, sont en petit nombre dans les asiles ; mais il en existe et ce ne sont pas ceux dont les réclamations sont les moins persistantes et les moins énergiques.

Quoiqu'il en soit, Messieurs, il n'y a plus ici de question de traitement à résoudre, mais bien seulement des mesures d'ordre public qui incombent à l'autorité. C'est donc indûment, à mon sens, que des aliénés qui ne sont que dangereux sont admis dans les asiles publics ou privés sans son intervention. Les articles de la loi qui se rapportent aux placements volontaires ne s'appliquent point à eux : le § 2° de l'art 8, notamment, qui est relatif au certificat médical, parle uniquement des personnes qu'il est nécessaire de *faire traiter* dans un établissement d'aliénés. La loi de 1838 a établi à cet égard, entre les aliénés qui ont besoin d'être traités et ceux qui ne sont que dangereux, une distinction bien tranchée qu'il ne faut jamais perdre de vue.

C'est bien encore, d'ailleurs, au médecin qu'il appartient de déterminer si un aliéné est ou non dangereux. Mais sa déclaration n'a plus ici la même portée que dans le cas précédeut : il donne un avis, il signale un danger, et comme la séquestration qu'il conseille n'est plus un moyen thérapeutique, mais bien seulement une mesure préventive, la famille, selon nous, ne doit pouvoir faire usage de son certificat qu'avec l'autorisation de l'autorité administrative ou judiciaire.

Tel me paraît devoir être, Messieurs, le rôle du médecin dans cette question si controversée et cependant si simple de la séquestration des aliénés. La loi de 1838 a parfaitement déterminé dans quelles circonstances et dans quelles limites ce rôle peut et doit s'exercer, et les modifications qu'on voudrait y apporter ne pourraient qu'être préjudiciables aux malades, à la famille et à la société.

Médecine légale.

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE LA NOMMÉE V...

INCULPÉE D'INCENDIES

(Hystéro-épilepsie à forme anomale. Ordonnance de non-lieu)

Par le Dr Daniel BRUNET,

Directeur médecin de l'asile de Dijon.

Nous soussignés, MM. Maillard, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Dijon, et Brunet, directeur médecin en chef de l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, commis le 26 novembre 1868 par M. Loiseau, juge d'instruction, à l'effet d'examiner la nommée V..., inculpée d'incendies, et de reconnaître : 1° si son état mental lui laisse oui ou non la responsabilité de ses actes; 2° si l'état dans lequel elle se trouve actuellement n'est pas le résultat de son arrestation et des poursuites dirigées contre elle, avons prêté, le lendemain, entre les mains de M. le juge d'instruction, le serment de remplir notre mandat en honneur et conscience, et rédigé le rapport suivant :

Renseignements contenus dans le dossier de l'inculpée. — Deux incendies ont eu lieu dans la maison du nommé Gallois, vigneron à Chenove, le premier, le 31 octobre der-

nier, à onze heures du soir, et le second, le 17 novembre suivant, à quatre heures du matin.

Lors du premier incendie, les soupçons se sont portés sur un mendiant âgé de 30 à 35 ans, qui aurait fait des menaces, dans la soirée qui a précédé l'incendie, à la nommée V..., domestique de ce vigneron, depuis le 4 octobre, pour ne pas vouloir lui donner du vin à boire. Ce récit de la nommée V... parut d'autant plus vraisemblable, que l'adjoint du maire de Chenove avait vu, le 15 septembre précédent, un passager dont le signalement était à peu près le même que celui donné par cette domestique, et qui lui avait dit qu'il serait grillé avant un mois, puisqu'il ne voulait pas le loger. En outre, le verrou de la porte d'entrée de la maison de M. Gallois, qui avait été mis à sept heures par sa femme, fait dont il s'était assuré lui-même à neuf heures et demie, était retiré quand on a crié au feu. Cela indiquait que quelqu'un s'était caché dans l'intérieur de son habitation avant la fermeture de la porte, et en était sorti après la ronde de M. Gallois, à moins qu'une personne de l'intérieur de cette habitation n'eût ôté ce verrou pour détourner les soupçons.

Tous les mendiants qu'on avait vus dans la journée, à Chenove, furent retrouvés et présentés à la nommée V..., qui n'en reconnut aucun comme l'auteur de la menace qui lui aurait été faite.

C'est un voisin qui, la première fois, s'est aperçu de l'incendie et a crié au feu.

La seconde fois, au contraire, l'alarme a été donnée par cette domestique. Elle était entièrement vêtue et chaussée de ses souliers qui étaient même lacés. Au moment de se coucher, vers neuf heures et demie, elle avait déjà appelé son maître, prétendant qu'elle entendait du bruit sur le grenier de la cuverie. Celui-ci examina tout avec soin, ne trouva personne, et ferma soigneusement les portes. Quand elle cria au feu, il se rendit immédiatement dans sa

chambre qui était près de la sienne. Elle lui dit qu'elle avait vu une lueur dans la cour, et entendu des tuiles tomber dans le grenier. De cette chambre il ne vit rien, et crut d'abord qu'elle le trompait encore ; de la cour même, il n'aperçut pas la moindre lueur, et ce n'est qu'en entrant dans la cuverie qu'il vit que le feu venait d'être mis dans une cuve remplie de paille. Son habitation est une espèce de forteresse, impossible à escalader sans échelle ; toutes les portes étaient fermées, et cette fois-ci les soupçons ne pouvaient se porter que sur la domestique des nommés Gallois, auxquels ces incendies ont causé un préjudice de près de 2,000 francs, par suite de la perte d'objets mobiliers non assurés.

M^me^ Gallois étant allée voir la nommée V..., peu d'instants après son mari, la trouva *immobile près de son lit, poussant toujours des cris et ne pouvant* rien répondre aux questions qu'on lui adressait. Pendant l'incendie, *elle resta près de la porte sans travailler, regardant, d'un air indifférent,* éteindre le feu ou déménager le mobilier.

Conduite à la maison d'arrêt, elle a toujours nié énergiquement avoir mis le feu, soutenu qu'elle avait vu une lueur dans la cour, et entendu des objets tomber dans le grenier, ce qui était impossible.

Renseignements donnés par son frère, accompagné de sa belle-sœur. — Leur père est mort alors qu'elle n'était âgée que de deux mois. Depuis une dizaine d'années, il avait une contracture des membres qui lui était survenue à la suite de crises nerveuses. Leur mère a succombé à quarante-neuf ans d'une attaque d'hémorrhagie cérébrale, à forme hémiplégique. Ils sont cinq enfants, deux garçons et trois filles. La nommée V... est la plus jeune et la seule qui soit inintelligente et méchante. Elle avait sept ans à la mort de sa mère.

Elle est allée à l'école près de vingt mois, et c'est à peine

si elle sait un peu lire. Elle ne pouvait rester en place, et quand elle quittait une maison elle emportait différents objets de peu de valeur ; une fois elle a pris dix francs à une domestique qui était avec elle. Elle partait quelquefois sans demander l'argent qu'on lui redevait, ce qui tendrait à prouver qu'elle agissait autant par inintelligence que par perversité. Il a voulu plusieurs fois demander son placement dans une maison de correction, mais il ne l'a pas fait parce que ce projet déplaisait à sa famille.

Au mois de juillet dernier, il a appris que sa sœur avait été trouvée sans connaissance dans un wagon, et qu'on l'avait transportée à l'hospice de Nuits. Elle y resta quelques jours, puis revint à Dijon et fut amenée à l'hôpital de cette ville par la police qui l'avait trouvée couchée sur la route de Langres.

Il la reçut chez lui quand elle en sortit, et la garda jusqu'au 4 octobre où il la plaça chez M. Gallois.

Pendant ce temps, il l'occupa à travailler aux vignes. Parfois elle était prise de moments d'égarement; elle s'arrêtait tout d'un coup, cessait son travail, faisant quelques mouvements d'une manière machinale ou ramassant de petits objets par terre. Elle était très-hardie, très-méchante, et a jeté un de ses neveux contre le mur, en le prenant par les cheveux, tandis qu'autrefois, avant d'avoir des attaques de nerfs, elle était assez douce et très-timide. Sa belle-sœur a essayé inutilement de lui apprendre à coudre; il fallait lui préparer son ouvrage comme à un enfant. Elle a dit un jour qu'elle voulait se jeter dans une citerne; quand on lui en a demandé la raison, elle a répondu qu'elle s'ennuyait et qu'elle ne voulait pas faire connaître le motif qui l'y poussait. Au bout d'un mois, ses règles ont paru et ont duré huit jours; elles sont ensuite revenues tous les dix jours, durant le même laps de temps que la première fois.

On l'aurait entendu dire à l'hôpital qu'elle aurait été

effrayée par un jeune homme qui, pour lui faire peur, aurait simulé une tête de mort avec une courge, et mis dedans une chandelle allumée; mais depuis qu'elle est à l'asile, elle a toujours nié ce fait.

M. Belle, interne de cet hôpital, nous a communiqué les renseignements suivants : elle y est entrée le 18 juillet et en est sortie le 10 août. Elle est restée deux jours dans un état de stupeur et d'insensibilité complète. On lui a administré du sulfate de quinine à la dose de 0,50 par jour et on a diagnostiqué une hystérie avec crises épileptiformes.

M. le docteur Marion, médecin de l'hôpital de Trévoux, nous a écrit qu'elle était entrée à l'hôpital de cette ville le 16 mai 1868, et en était sortie le 29 juin suivant. Le diagnostic consigné sur sa feuille porte : hystérie; crises longues et fortes. Il croit se rappeler qu'elles étaient fréquentes.

Le commissaire de Trévoux a joint à la lettre de ce médecin les renseignements suivants :

Cette jeune fille est fourbe, vindicative, menteuse, et s'est montrée inconvenante envers les religieuses; elle a été inculpée de vol en 1867 ; aucune suite ne fut donnée à cette affaire, en raison de son jeune âge et de la demande de sa sœur qui la réclamait. A la fin de cette année, elle a parcouru les communes limitrophes de Trévoux avec une vieille femme mendiante, couchant dans les fermes et se livrant le jour à la mendicité.

Vers les premiers jours de juillet, elle fut prise près de Trévoux d'une crise nerveuse, et ne pouvant la faire revenir à elle, je la fis transporter à l'hôpital où on la reconnut comme y ayant séjourné précédemment. Elle prit un bain et partit à pied, une heure après, pour Lyon, après avoir recouvré complétement connaissance.

Renseignements donnés par M. Gallois. — Il n'a rien remarqué chez cette jeune fille, si ce n'est qu'elle était peu intelligente. Elle était malpropre, n'avait aucun soin de sa

personne, et il était décidé à la renvoyer pour cette cause. Il ne lui avait pas fait part de son dessein et ne lui avait jamais adressé aucun reproche, pas plus que sa femme.

V... est entrée à la maison d'arrêt le 18 novembre, et a été transférée à l'infirmerie de la prison le 25 suivant.

A la maison d'arrêt elle a été continuellement sous l'influence de ses crises nerveuses; elle n'a rien pris qu'un peu de bouillon et de vin sucré. Les attaques la prenaient le soir; elle divaguait, criait. Une nuit elle voulut saisir la veilleuse pour mettre le feu. Les deux derniers jours, elle était dans un état de stupeur cataleptique caractérisée par une raideur excessive des membres, par une insensibilité complète et par la perte de connaissance. Le 27 au soir, nous l'avons examinée à la prison; elle était couchée et ne pouvait prendre que du bouillon. Les membres étaient un peu raides, la peau insensible, le pouls à 92. Elle était plongée dans un état demi-comateux, pouvant difficilemen répondre aux questions qu'on lui adressait.

Pour préciser le caractère de ses attaques, et constater plus facilement son état mental, nous demandâmes qu'elle fût conduite à l'asile d'aliénés. Elle y fut amenée le 4 décembre, et, pendant plus d'un mois, nous l'avons examinée très-attentivement avec le concours de M. Petrucci, médecin adjoint de cet établissement. L'observation de cette malade étant trop longue pour être rapportée ici, avec tous ses détails, nous allons la résumer sans rien omettre toutefois d'important.

La nommée V... aura 16 ans au mois d'avril 1870; elle est née et domiciliée à Reyrieu (Ain). D'une taille moyenne, d'un tempérament bilieux, d'une forte constitution, elle a le système pileux très-développé et très-noir. La lèvre supérieure présente un peu de barbe. Le front est étroit. Elle est assez jolie, et n'a rien du sexe masculin. Nous sommes étonnés qu'à la maison d'arrêt on ait pu soupçonner

un instant qu'elle pouvait être un garçon déguisé en femme. Ce soupçon a tenu probablement à l'état de malpropreté dans lequel elle se trouvait.

5 *décembre*. Elle est hébétée et répond assez bien à toutes les questions qu'on lui adresse, mais sa mémoire est infidèle et plusieurs renseignements qu'elle nous donne sont évidemment erronés. C'est ainsi qu'elle prétend n'avoir jamais été à l'hospice de Nuits et avoir travaillé chez son père trois semaines avant d'avoir été à celui de Dijon. Elle aurait été conduite à celui de Lyon et ne serait venue chez son frère que parce qu'il lui aurait écrit de venir, ce qui est faux.

Elle a ses règles depuis le mois de mai; elles venaient irrégulièrement les premiers mois, mais depuis deux mois leur irrégularité a cessé. Elles durent trois ou quatre jours, s'accompagnent de violentes coliques, surtout le premier jour. Pas de leucorrhée. Les attaques de nerfs ont commencé au moment de l'apparition de la menstruation, sans qu'elle puisse fixer de date précise.

Elle se rappelle les noms de MM. Marion et Morlot, qui l'ont traitée à Trévoux et à Dijon; mais elle ignore celui du médecin de l'hôpital de Lyon. Depuis, pendant une crise, elle nous a dit qu'il se nommait M. Meynet.

M. Marion a attribué ses crises nerveuses à une peur, mais elle ne se rappelle pas avoir jamais été effrayée. La première fois qu'elles l'ont prise, elle travaillait aux champs avec la fille de ses maîtres. Quand elles doivent venir, elle éprouve quelque chose comme une boule partant de l'épigastre qui lui monte à la gorge, et qui l'étouffe. Elle n'en aurait pas eu depuis qu'elle est sortie de l'hôpital de Lyon, et elle ne se rappelle pas en avoir été atteinte à la maison d'arrêt. Elle serait entrée à l'hôpital de Dijon, parce qu'elle souffrait à l'estomac et à la tête, et qu'en outre deux ou trois fois par jour elle était prise d'amaurose durant à peu près une demi-heure.

9 *décembre*. Elle va mieux, a meilleur appétit, moins de

céphalalgie et de gastralgie. Elle travaille à la couture, fait preuve de bonne volonté, mais ne sait presque rien faire. Traitement tonique et antispasmodique.

11 décembre. Hier, à deux heures, elle est prise d'une petite attaque, précédée et suivie de céphalalgie intense et de constriction du cou. La céphalalgie dure encore ce matin. Toute la soirée elle a été hébétée. Elle ne se rappelle plus ce qu'elle a dit ni fait pendant sa crise. Ses yeux étaient ouverts; ils étaient fixes, les paupières immobiles. Elle tenait des propos incohérents, se plaignant d'avoir été emprisonnée et inculpée d'incendies. Elle semblait parler tout bas quand elle ne parlait pas tout haut; elle remuait les lèvres ou mâchonnait. Insensibilité de la peau. Accélération du pouls. Raideur du côté gauche. A une heure, nouvelle petite crise. Elle jette son ouvrage, le reprend, puis le rejette. Le regard devient fixe, les paupières immobiles pendant plusieurs minutes. Elle est assise sans bouger, les membres sont un peu raides, les lèvres remuent comme si elle parlait à voix basse. Insensibilité de la peau et du cou. 120 pulsations. Pupilles à l'état normal, ni dilatées ni contractées. Les pincements de la peau sont suivis de plaques d'urticaire, et ce fait, signalé déjà à la prison, s'est renouvelé dans toutes nos explorations à l'asile. Pendant qu'elle est sous l'influence de ses crises, son attention est absorbée complétement par son emprisonnement, son inculpation d'incendies, son séjour aux Chartreux, et sa haine contre M. Gallois qui l'a accusée, dit-elle, injustement d'avoir mis le feu, et contre sa belle-sœur qui l'a calomniée près de nous, en prétendant qu'elle avait maltraité son neveu. Elle leur adresse les plus grossières injures et profère contre eux toutes sortes de menaces. Il est difficile de détourner son attention de ces points, et d'obtenir d'elle des réponses sur d'autres sujets. Elle ne pense qu'à se venger de ces deux personnes. Parfois, propos légèrement incohérents. Elle ira à Paris, puis un instant après dit qu'elle s'enfermera dans

un couvent. Quand on lui demande si elle a mis le feu, elle le nie toujours énergiquement. Cette demande détermine un accès de suffocation qui dure près d'une minute ; sa face se congestionne, et elle cherche à faire des mouvements de déglutition, ne peut parler ; quand la parole lui revient, elle nous dit que sa suffocation est passée, qu'elle avait dans la gorge quelque chose qui l'étouffait, et que cela est descendu. Douleur à la partie antérieure des muscles temporaux et des muscles abdominaux augmentant à la pression. Les pincements de la peau seule ne déterminent pas de douleur.

15 *décembre*. Nouvelle attaque semblable à celle du 11. 120 pulsations.

17 *décembre*. Attaque plus forte que les trois précédentes survenant après le diner, vers 8 h. 1/2. Perte complète de sensibilité sur tout le corps. Raideur des membres plus marquée à droite. Doigts des mains fléchis, le pouce dans la paume de la main. Le pouls varie de 120 à 140 ; il est le plus souvent à 120 pendant une heure que nous l'observons. Pupilles dilatées, se contractant dans certains moments. Perte complète de l'intelligence et de l'usage de tous ses sens au milieu de l'attaque. Au commencement, elle marmotte très-bas des mots inintelligibles, et répond à quelques-unes des questions qu'on lui adresse. Son attention est fixée sur un seul point ; elle parle d'un homme en pantalon bleu qu'elle veut faire partir ; homme, pantalon bleu, partir, qu'il parte, tels sont les seuls mots qu'elle prononce pendant près d'un quart-d'heure Le voit-elle, est-ce un simple souvenir qui se représente à sa mémoire? Il est impossible d'obtenir d'elle une réponse précise à ce sujet. Le clignotement des paupières est très-rare. Insensibilité complète de la peau. On la pince, on la pique, on l'inonde d'eau froide, rien ne l'arrache à cet état. Elle ne peut se tenir debout. Quand on la lève, elle recule en chancelant jusqu'à ce qu'elle trouve un siége sur lequel elle tombe s'asseoir. A la fin elle recouvre l'ouïe et la vue, injurie M. Gallois et sa

sœur et répond à quelques-unes des questions qu'on lui adresse.

Elle ne sait pas où elle est, ni pourquoi elle est mouillée. L'insensibilité de la peau, la fixité du regard et l'immobilité des paupières persistent. Elle va se coucher en chancelant et en s'appuyant sur les bras de deux sœurs qui la tiennent de chaque côté. Dès qu'elle est au lit, elle s'agite, crie, chante, tutoie les sœurs, veut danser, sauter, partir pour Paris. On l'attache, et elle finit par s'endormir. On la fait uriner à 3 heures, à 6 heures elle avait sali son lit; elle prétend, ce qui est inexact, qu'elle a appelé une sœur pour satisfaire ses besoins, et que celle-ci lui aurait répondu : C'est bien.

18 *décembre*, 9 *heures du matin*. Le regard est hagard, le clignotement des paupières est rare, 120 pulsations. Elle se plaint d'être courbaturée et de souffrir partout, mais surtout aux jambes et à l'estomac. Elle demande à se coucher et n'a pas voulu déjeuner. On la passe à l'infirmerie. La peau n'est pas chaude. Elle ne se rappelle rien, si ce n'est qu'elle a été attachée cette nuit. Insensibilité complète de la peau.

3 *heures de l'après-midi*. Hébétude, dilatation légère des pupilles. Insensibilité de la peau de la plupart des parties du corps. Le sterno-mastoïdien, les temporaux, les muscles du thorax et de l'abdomen sont douloureux, la peau qui les recouvre n'est pas sensible. Elle sent un corps qui lui pèse sur la gorge et qui parfois la suffoque, l'étrangle. La rétine, examinée à l'ophtalmoscope, n'est pas congestionnée. Elle parle souvent à voix basse et injurie M. Gallois et sa belle-sœur, 108 pulsations. Aucun souvenir de son attaque.

19 *décembre*. Insensibilité de la peau, douleur des muscles temporaux et abdominaux plus marquée à droite. Elle se plaint toujours de sentir un corps qui lui serre la gorge. 92 pulsations.

20 *décembre*, 88 pulsations. 21 et 22 *décembre*, 84 pulsa-

tions. Moins d'hébétude et de douleur musculaire. Insensibilité de la peau, des avant-bras et du cou. Elle ne veut pas qu'on explore la sensibilité des autres parties du corps. Bon appétit. Elle mange la portion entière et travaille un peu à la couture.

22 *décembre*. Légère attaque.

26 *décembre*. Nouvelle attaque. Raideur des membres, pouce contracté en dedans. Marche titubante. Pupilles dilatées. Insensibilité complète de la peau. On la pique, on la pince, on lui brûle légèrement les doigts avec une lumière, on laisse couler de l'eau froide et de l'eau chaude le long de la colonne vertébrale; elle ne manifeste aucun signe de douleur. Sentiment de constriction à la gorge et à l'estomac allant jusqu'à déterminer une véritable suffocation lorsqu'on lui dit que c'est elle qui a mis le feu. Elle débite souvent des propos haineux contre M. Gallois et sa belle-sœur. 124 pulsations, respiration accélérée.

27 *décembre*. Elle a dormi toute la nuit. Ce matin elle est très-fatiguée et demande à se coucher. Hébétude. 102 pulsations. Insensibilité de la peau.

28 *décembre*. 86 pulsations. La sensibilité de la peau n'est pas encore revenue. Constriction à la gorge et à l'estomac. Elle travaille. Bon appétit.

29 *décembre*. 86 pulsations.

30 *décembre*. 84 pulsations. On l'électrise avec une machine électro-magnétique. Elle est peu sensible à la douleur.

5 *janvier* 1869. Diarrhée dans la nuit. Agitation ce matin, fixité du regard et des paupières, idées de persécution. On lui a fait prendre des médicaments pour la rendre malade. Elle tient toujours des propos haineux contre M. Gallois et sa belle-sœur. Elle poursuivra le premier en dommages-intérêts. Elle lui demandera 900 fr., 500 fr. pour elle et 400 fr. pour un avocat de la rue St-Nicolas qui la connaît, et qui la défendra. M. Gallois était trop bon pour elle; il ne lui adressait pas de reproches, c'était pour mieux

la tromper. Insensibilité de la peau. 110 pulsations. Elle répond bien aux questions qu'on lui adresse et se calme au bout de quelques instants. Nouvelle agitation à 4 heures qui dure également peu de temps. Diète. 0,70 de tannin, tisane de riz édulcorée avec du sirop de coings.

6 *janvier*. Elle ne se rappelle pas avoir menacé de poursuivre M. Gallois, ni avoir dit qu'elle confierait sa cause à un avocat de la rue St-Nicolas. Moins de diarrhée.

7 *janvier*. La diarrhée a disparu. 84 pulsations.

Cette jeune fille, en dehors de ses attaques, est toujours très-irritable, s'emporte pour la plus légère contrariété, se défie de tout le monde et ne se laisse examiner que très-difficilement. La sensibilité de la peau a toujours été trouvée abolie par nous ; toutes les fois que nous avons pu la pincer ou la piquer sans qu'elle nous voie, elle n'a manifesté aucune douleur. Si au contraire elle s'aperçoit que nous nous approchons d'elle, elle se plaint que nous la pinçons, que nous lui faisons dn mal, alors même que nous ne la touchons pas. Le sommeil est presque toujours agité par des rêves pénibles, des cauchemars, par la vue d'incendies, de gendarmes, de M. Gallois, etc.

Le jour comme la nuit, pendant et en dehors de ses attaques, son imagination reste constamment préoccupée de son arrestation sous l'inculpation d'incendies.

Dans une de ses crises, elle a cherché, comme à la maison d'arrêt, à vouloir prendre une veilleuse, et l'on a eu beaucoup de peine à l'empêcher de la saisir.

11 *janvier*. A 6 heures du soir, après son dîner, elle est prise d'agitation et de délire incohérent ; elle veut à toute force danser avec une autre malade, dit qu'elle a une belle montre, une belle chaîne, des bagues, une malle pleine de louis d'or, qu'elle ira à Paris, puis en Amérique. Le clignotement des paupières, quoique moins fréquent qu'à l'état normal, n'est pas aussi rare que dans les attaques précédentes. Fixité du regard. 120 pulsations. On parvient à la

faire coucher à 8 heures et demie, et elle s'endort assez facilement. Le lendemain, les idées de richesse persistent, ainsi que l'accélération du pouls.

13 *janvier*. Elle est très-irritable, et répond difficilement à ce que nous lui demandons. Elle souffre de la tête et de l'estomac, et ne veut pas croire qu'elle nous ait dit les jours précédents qu'elle était riche, qu'elle irait à Paris et en Amérique. Insensibilité de la peau. 84 pulsations.

M. le procureur impérial nous ayant écrit aujourd'hui que notre rapport devait lui être adressé immédiatement, nous avons dû terminer là l'observation de cette jeune fille qui du reste, probablement, ne doit plus présenter aucun fait nouveau de quelque importance.

Depuis son arrestation, ses règles, qu'elle avait lors du second incendie, ne sont pas revenues.

Résumé.

La nommée V... est née avec une intelligence faible, et de mauvais instincts ; orpheline à 7 ans, elle a été confiée aux soins d'une sœur qui s'en est peu occupée ; elle est allée quelque temps à l'école sans pouvoir apprendre à lire, et elle ne sait presque rien faire. Elle n'a pu rester longtemps domestique dans aucune maison, a commis plusieurs vols, et quand elle était à bout de ressources, se livrait à la mendicité. Au mois de mai 1868, au moment où la menstruation s'établissait, elle a été prise d'attaques convulsives très-graves, très-fréquentes et d'une forme très-insolite qu'il est assez dificile de caractériser. Les symptômes qu'elles revêtent tiennent à la fois de la catalepsie, de l'extase et de l'excitation maniaque, se rapprochant d'autant plus de la première espèce morbide qu'elles sont plus intenses ; ils s'accompagnent de signes impossibles à simuler, tels que l'accélération du pouls, la fixité du regard, l'immobilité des paupières, l'anesthésie complète de la peau, et sont suivis de

douleurs musculaires et d'hébétude pouvant aller jusqu'à la stupeur, si l'attaque à été intense et prolongée. En dehors de ses crises, dont elle ne garde aucun souvenir, elle est toujours très-irritable et reste hébétée; l'anesthésie et les douleurs musculaires, surtout au niveau des muscles temporaux et des muscles abdominaux, persistent.

L'état dans lequel elle se trouve depuis le moment de son arrestation est trop grave pour lui laisser la responsabilité de ses actes. Il n'est pas le résultat des poursuites dirigées contre elle, mais celles-ci l'ont aggravé.

Du mois de mai au mois d'août, elle a eu de nombreuses attaques, pour lesquelles elle est entrée dans les hôpitaux de Trévoux, de Lyon, de Nuits et de Dijon. Nous regrettons de n'avoir pu obtenir que des renseignements incomplets sur les symptômes qui les caractérisaient; nous savons seulement qu'elle a été amenée à l'hôpital de Dijon complétement privée de connaissance, et qu'elle y est restée deux jours plongée dans une profonde stupeur ; ce qui fait ressembler beaucoup cette attaque à celle qu'elle a eue à la fin de son séjour à la maison d'arrêt.

Du 10 août au 17 novembre, les attaques ont sinon cessé, du moins perdu beaucoup de leur gravité et de leur fréquence. Sa belle-sœur a constaté seulement chez elle une excessive irritabilité et de légers moments d'égarement semblables jusqu'à un certain point à ceux du vertige épileptique. M. Gallois nous a dit qu'il ne s'était pas douté qu'elle eût des crises nerveuses, sans quoi il l'aurait renvoyée immédiatement; mais comme elle travaillait aux champs, elle a pu en avoir qui soient passées inaperçues, si elles étaient légères. Elle couchait d'ailleurs seule dans une chambre, et c'est surtout le soir qu'elles reviennent le plus souvent. Pendant le premier incendie, personne n'a fait attention à elle ; mais il n'en est pas de même pendant le second, où son attitude a frappé tout le monde, et nous porte à admettre qu'elle a été toute la nuit sous l'influence d'une

attaque convulsive. A 9 heures et demie du soir, elle appelle son maître, prétendant qu'elle entend marcher quelqu'un dans le grenier, tandis qu'il n'y a personne. Elle mentait ou était sous l'effet d'une hallucination, dernière supposition plus probable que la première. En effet, à 3 heures et demie, on la trouve tout habillée, ses souliers lacés, immobile près de son lit, prétendant qu'elle voit le feu, qu'elle entend des tuiles tomber, ce qui était impossible, puisqu'il venait à peine d'être mis ; elle poussait des cris sans pouvoir répondre aux questions qu'on lui adressait. Quelques instants après elle descendit de sa chambre, et regarda éteindre le feu, déménager le mobilier, sans bouger et, dit-on, d'un œil indifférent qu'on peut, nous croyons, traduire par fixe et hagard. Un dernier fait qui milite en faveur de notre opinion, c'est qu'elle avait ses règles en ce moment et qu'il est bien connu de tout le monde que l'écoulement menstruel prédispose aux attaques hystériques.

Elle n'avait d'ailleurs aucun grief à articuler contre M. Gallois, qui ne lui avait jamais adressé le moindre reproche. Si elle eût mis le feu par suite de la perversité de ses instincts, ou par un motif de vengeance inconnu, elle aurait, quoique peu intelligente, mieux pris ses mesures, pour ne pas être découverte. Elle n'aurait pas gardé d'allumettes dans une des poches de son tablier, et on ne l'aurait pas trouvée tout habillée, criant au feu quelques instants à peine après qu'il venait d'être allumé.

Conclusions.

La nommée V... n'a jamais eu complétement son libre arbitre. Elle est née avec une organisation cérébrale vicieuse qui a été en outre profondément altérée par ses crises nerveuses.

Elle est évidemment depuis son arrestation irresponsable

de ses actes et nous croyons qu'elle l'était également quand elle a commis ceux pour lesquels elle est poursuivie.

Dijon, le 13 janvier 1869.

Dr Maillard, Dr D. Brunet.

Le parquet admit ces conclusions, et mit à la disposition de l'autorité administrative la nommée V..., qui fut maintenue à l'asile de Dijon aux frais du département de l'Ain, où elle avait son domicile de secours. Elle y resta jusqu'à la fin du mois de septembre, où on la transféra à l'asile de Bourg.

Sous l'influence d'un traitement tonique, hydrothérapie, fer, quinquina, viandes rôties, vin supplémentaire, sa santé s'améliora, la menstruation reparut, et les crises nerveuses diminuèrent beaucoup de fréquence et d'intensité. Celles-ci avaient fini par ne plus se montrer qu'aux époques menstruelles, et à ne consister qu'en un peu d'agitation, de loquacité, et d'irascibilité plus grande du caractère. Le regard était plus brillant, plus fixe, et l'analgésie de la peau, qui persistait dans beaucoup de points en dehors des attaques, devenait alors plus étendue et presque générale. Au bout d'une ou deux heures, ou même d'un temps plus court, cette jeune fille reprenait son travail, et était remise de sa crise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Année 1869.

1° *Guérison par l'électricité d'une névralgie idiopathique du nerf pneumo-gastrique (angine de poitrine)*; par M. Boullet. (Séance du 8 février.)

M. Boullet s'est servi du petit appareil électro-magnétique de M. Gaiffe, dont il a appliqué les deux rhéophores de chaque côté du mamelon droit. Deux applications ont suffi pour faire disparaître les accidents névralgiques.

2° *Sur les actions réflexes des nerfs sensibles sur les nerfs vaso-moteurs*; par M. E. Cyon. (Séance du 30 août.)

3° *Influence qu'exerce la tension du cou sur la production du goître*; par M. Hahn. (Séance du 18 octobre.)

Le goître a trop de rapports avec le crétinisme, surtout au point de vue étiologique, pour que nous ne reproduisions pas intégralement la note de M. Hahn :

«... A Luzarches, presque toutes les femmes d'ouvriers étaient autrefois affectées de goître. Aujourd'hui, les jeunes filles ni les femmes n'ont plus de goître. Les eaux contiennent du sulfate de chaux en assez grande quantité; elles sont incrustantes; elles marquent à l'hydrotimètre, savoir : la fontaine la plus fréquentée, 34 degrés, les autres 40 et même 72 degrés. Mais les eaux sont toujours les mêmes, et cependant le goître ne semble plus qu'héréditaire dans quelques familles; il a disparu dans les hameaux et dans les communes voisines, où les eaux sont plus ou moins salubres. Je pense que ces résultats proviennent, en grande partie, de ce que les femmes ne font plus de dentelle; au siècle dernier, des ouvrières par centaines s'occupaient à ce travail, et, dès l'âge de quatre à cinq ans, lorsqu'un enfant pouvait faire agir ses doigts, on lui donnait un petit métier et on l'exerçait à faire mouvoir ses fuseaux et faire le point. Alors, par suite de la tension du cou, pour suivre le dessin avec des épingles, l'in-

firmité du *gros cou* se déclarait dès l'enfance, et les générations se suivaient avec cette infirmité. Maintenant on ne travaille plus à la dentelle : on fait de la couture, de la broderie, des boutons, des gants, etc., et l'on remarque que le goître n'apparaît plus que rarement : on peut compter par unités ce que l'on comptait par centaines. Ce résultat ne vient-il pas confirmer l'opinion que l'aptitude de tenir le cou en avant peut être une des causes du goître ? Enfin, dernière remarque, les hommes étaient et sont encore peu atteints de cette infirmité. »

4° *Remarques sur les diverses conditions de production du goître*; par M. le docteur Decaisne. (Séance du 25 octobre.)

M. Decaisne fait observer avec raison, à l'occasion de la communication de M. Hahn, que ce dernier n'a point assez tenu compte, dans ses observations sur le goître des dentellières, des améliorations considérables qui ont été apportées depuis un certain nombre d'années dans l'hygiène publique et privée des campagnes, à Luzarches aussi bien qu'ailleurs. Le même reproche, malheureusement, peut être adressé à la plupart des observateurs qui se sont occupé de la question si controversée des causes du goître et du crétinisme.

Société médicale des hôpitaux.

Année 1869.

1° *Un cas de rage observé* par M. Millard. (Séance du 26 février.)

Ce fait est surtout remarquable par la difficulté qu'a offert le diagnostic, par suite de l'absence de quelques-uns des symptômes habituels de la maladie.

2° *Chorée guérie par le bromure de potassium*; par M. Gallard. Discussion. (Séance du 28 mai.)

L'observation de M. Gallard a été analysée dans le numéro de juillet 1870 des *Annales*, p. 139.

3° *Méningite terminée par la guérison*; par M. le docteur Blache. (Séance du 10 juin.)

D'après les antécédents et les phénomènes observés, il est

au moins probable que l'alcoolisme était la principale condition étiologique de la maladie. Bien que le diagnostic parut des plus graves, on vit peu à peu le malade se rétablir et marcher vers une guérison qui fut complète 35 jours après l'entrée à l'hôpital.

4° *De l'apoplexie cérébrale dans les cas d'épanchements pleurétiques considérables*; par M. le docteur Vallin. (Séance du 24 décembre.)

A l'occasion d'un cas de cette nature, observé par lui au Val-de-Grâce, M. Vallin a recherché les faits analogues et n'en a trouvé que deux. Il croit devoir attribuer à une oblitération vasculaire produite par une embolie les lésions anatomiques qu'il a trouvées dans le cerveau de son malade, et il pense qu'il en a été de même dans les deux cas qu'il a pu découvrir dans les auteurs.

Société de Médecine de Paris.

Année 1869.

1° *Cas de paralysie glosso-labio-laryngée sans sclérose du bulbe*; par M. Aug. Voisin. (Séance du 15 janvier.)

« La malade, âgée de 77 ans, dit M. Voisin, est entrée, le 16 mars 1868, dans mon service de la Salpêtrière.

Trois semaines avant son entrée, perte de la parole. Ce symptôme va ensuite en diminuant, de façon qu'un mois plus tard elle n'avait plus que l'amnésie de certains mots, des noms propres. Elle était depuis trois mois dans le service lorsqu'elle fut prise, sans perte de connaissance, et après une vive émotion, de l'impossibilité de prononcer un seul mot, de siffler, de cracher (paralysie des lèvres). Il y avait abolition des mouvements de latéralité, de propulsion en avant et d'élévation de la langue.

La mastication, la déglutition des solides étaient impossibles, il s'écoulait de la bouche une bave continuelle. (Paralysie de la langue.) La luette était immobile, la glotte n'a pas été examinée, l'inspiration était ronflante et la respiration évidemment gênée. Le goût et l'ouïe étaient abolis.

L'intelligence était conservée ainsi que la mobilité des membres.

On fut dans la nécessité d'alimenter la malade avec la sonde.

Trois mois après, elle fut trouvée morte subitement dans son lit, nouveau point de ressemblance avec la terminaison de la paralysie glosso-laryngée, dont cette observation nous a présenté les caractères. En effet, les symptômes indiquent que les lèvres, la langue et la glotte étaient plus ou moins paralysées.

A l'autopsie, on rencontra un petit foyer de ramollissement ancien, jaune ocreux, situé dans la partie la plus externe du noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche et s'étendant à une très-petite portion de l'insula gauche, lésion qui expliquerait l'amnésie.

A la partie antérieure et inférieure de chacun des deux lobes du cervelet, juste au-dessous de chaque pédoncule cérébelleux supérieur, s'observaient deux tumeurs, qui n'étaient autres que des épithéliomas de l'arachnoïde viscérale. Celle de gauche, du volume d'une noisette, s'étendait jusque entre le bulbe et le cervelet, sous forme étalée, de façon à comprimer les nerfs auditif, facial, hypoglosse, spinal, glosso-pharyngien, qui étaient grêles et moitié plus petits que les nerfs du côté droit. Le facial était même ramolli.

A droite, la tumeur était beaucoup moins étendue ; elle ne s'étalait pas jusqu'au bulbe. Les nerfs étaient à l'état normal, sauf l'hypoglosse qui paraissait aminci. Il n'existait pas de sclérose du bulbe, ni de la protubérance.

Ainsi donc, nous rencontrons dans cette observation des phénomènes de paralysie analogues à ceux de la paralysie glosso-labio-laryngée, liés à des tumeurs comprimant les nerfs dévolus aux fonctions de la langue, des lèvres, de la luette.

De plus, le trouble de la respiration et le genre de mort rapprochent encore singulièrement cette maladie de celles dont M. Duchenne (de Boulogne) a si bien tracé l'histoire.

Je vous ai présenté cette observation, ajoute M. Voisin, afin de vous faire voir que la paralysie glosso-labio-laryngée n'est pas absolument et toujours liée à la sclérose du bulbe, comme M. Duchenne et d'autres auteurs recommandables tendent à le faire admettre. »

2° *Apoplexie capillaire de la substance cérébrale consécutive à l'oblitération d'une veine méningienne* ; par M. A. Foville. (Séance du 4 juin.)

« M. G... était âgé de 40 ans lorsqu'il entra à la maison de Charenton, le 25 décembre 1854. Ancien professeur de l'Université, il avait été obligé de renoncer à ses fonctions depuis

plusieurs années, par suite d'une maladie mentale caractérisée par des hallucinations, des idées de défiance et des actes extravagants. Ses parents avaient voulu d'abord le garder avec eux et le faire voyager; mais il devint de plus en plus difficile à vivre et même violent, et ils durent se décider à le placer loin d'eux.

Pendant un séjour de treize ans dans l'établissement, M. G... ne changea pas de manière d'être. Taciturne, restant à l'écart, ayant presque l'apparence de la stupeur, il parlait rarement; mais quand, de loin en loin, il sortait de son mutisme, on pouvait constater que ses facultés intellectuelles n'étaient pas abolies, et qu'elles continuaient à être troublées.

En 1867, il toussa fréquemment et dépérit de manière à être souvent placé à l'infirmerie. Pendant tout le mois de décembre, son état s'aggrava considérablement; il avait une toux opiniâtre et des sueurs profuses. L'auscultation fit constater, aux deux sommets, l'existence de tubercules en voie de ramollissement. A ces symptômes vint s'ajouter une diarrhée qui résista aux différents modes de traitement, et G... finit par succomber le 10 janvier 1868, dans un état de marasme complet.

Le jour même de sa mort, il parla encore à plusieurs reprises, de manière à faire voir qu'il était toujours sous l'influence des mêmes conceptions délirantes, mais que son intelligence n'était pas abolie et qu'il avait conscience de la gravité de son état et de sa fin prochaine.

Autopsie le 12 janvier. — Nous ne faisons que mentionner une tuberculisation générale des poumons, des plèvres, des ganglions mésentériques et de l'intestin grêle, ensemble d'altérations par lequel les symptômes observés pendant la période ultime de la vie sont parfaitement expliqués.

Nous trouvons en outre, dans le cerveau, une autre lésion qui appelle toute notre attention.

La masse encéphalique a presque le même aspect qu'à l'état normal; les circonvolutions ont conservé d'assez belles formes; elles ne sont ni hypertrophiées, ni atrophiées. Les méninges sont, presque partout, fines et transparentes et diffèrent, en cela, des méninges épaisses, opaques et résistantes que l'on trouve chez presque tous les malades qui ont été longtemps aliénés. Elles offrent cependant ces altérations, à un faible degré, au niveau de la scissure de Sylvius, surtout à droite.

Il n'y a, nulle part, trace d'adhérences entre les membranes et la substance cérébrale.

En examinant la base du cerveau, on trouve cependant une lésion importante ; le lobule sphéroïdal droit présente, au centre de la surface, une tache rouge foncé, ayant environ l'étendue d'une pièce de deux francs. Avant que les méninges soient enlevées, on voit que cette tache est partagée en deux parties à peu près égales par une grosse veine méningienne oblitérée, formant un cylindre plein, gros comme une plume de corbeau. Sa partie oblitérée dépasse l'étendue de la tache, et a environ 4 ou 5 centimètres de long ; elle est entièrement remplie par un caillot homogène qui, avec quelques efforts, peut être séparé de ses parois, et qui se prolonge dans les veinules affluentes. Ce caillot est d'un rouge brun foncé, d'une consistance caséuse, ne paraît pas avoir de traces d'organisation, ni contenir d'éléments étrangers à ceux du sang.

J'enlève les méninges avec soin ; elles sont très-vascularisées à droite et à gauche de la veine oblitérée ; mais elles ne présentent aucune trace d'ecchymose, ni d'hémorrhagie.

Après leur enlèvement, on voit que la tache rouge tient uniquement à la coloration de la substance cérébrale. Il n'y a extérieurement ni déformation, ni changement apparent de consistance. A la veine oblitérée correspond l'intervalle de deux circonvolutions. Les deux lèvres de cette anfractuosité, ses parois et son fond ont la même coloration, rouge lie de vin ou amarante. Toutes les parties ainsi colorées ont un aspect un peu grenu.

Une coupe nette est pratiquée au milieu de la tache perpendiculairement à l'anfractuosité. On voit que la coloration pénètre à environ 1 centimètre dans l'épaisseur de la substance cérébrale, intéressant à la fois la substance grise et la blanche. Son maximum d'intensité est vers la surface. Plus on s'en éloigne, moins elle est compacte, du blanc paraissant entre ces taches rouges. Enfin, plus loin, le blanc domine, et il n'y a plus que des taches rouges disséminées.

Aucune modification de forme ni de consistance n'apparaît après la coupe, pas plus qu'avant.

Les sinus de la dure-mère sont examinés avec soin, et l'on constate qu'ils sont tous libres.

Ce fait, malgré sa simplicité, pouvait donner lieu à plus d'une considération importante ; il nous suggéra de suite les réflexions suivantes :

1° Nous avions sous les yeux une lésion cérébrale qui n'avait pas été soupçonnée pendant la vie. Nous avions vu le

malade succomber aux progrès d'une affection tuberculeuse généralisée, sans que son intelligence présentât, jusqu'à la fin, d'autres désordres que ceux auxquels elle n'avait cessé d'être en proie depuis plus de quinze ans, sans que la sensibilité ni la motilité parussent altérées. Il est vrai que, le malade étant très-faible et quittant peu le lit, l'état de ces deux dernières fonctions n'avait pas été bien scrupuleusement examiné pendant les derniers jours de la vie. Cependant, s'il y avait eu, de ce côté, quelque modification importante, elle n'aurait pas pu échapper complétement à l'attention. Du reste, il n'y a rien d'invraisemblable à penser que la lésion était toute récente; de plus, elle était peu étendue, et éloignée des parties centrales du cerveau. Ces différents motifs réunis peuvent très-bien expliquer l'absence de tout symptôme pendant la vie.

2° Au point de vue de la nature et du mécanisme de la lésion, il était impossible de ne pas être frappé des rapports de la veine oblitérée et de l'accumulation sanguine. La première paraissait servir de centre ou plutôt d'axe à la seconde, qui, très-intense à son contact immédiat, allait en diminuant à mesure qu'elle s'en éloignait. On peut considérer comme à peu près certain que l'oblitération de la veine a été le phénomène initial; elle a dû avoir pour résultat d'arrêter la circulation veineuse et capillaire dans toute la région dont les veinules s'abouchent directement dans la portion du tronc veineux ainsi oblitéré. Cet arrêt circulatoire a déterminé la stase sanguine, qui allait en diminuant d'intensité en s'éloignant du tronc oblitéré, à cause de la possibilité d'établissement d'une circulation collatérale. Le sang ne s'était pas épanché en dehors des vaisseaux, en sorte que la consistance et la forme de la substance cérébrale étaient conservées; nouvelle preuve de la formation toute récente de la lésion. Si la mort ne l'avait pas suivie de si près, le tissu cérébral n'aurait pas manqué de se désorganiser; en sorte que l'on aurait eu un ramollissement, ou, dans la langue du jour, un processus nécrobiotique, dû non pas à une oblitération artérielle, comme cela est le cas le plus fréquent, mais à une thrombose veineuse, et dans lequel la coloration rouge amarante aurait tenu à l'obstacle apporté à la circulation de retour et à la stase du sang dans les veinules, et non à l'afflux plus considérable de sang dans les artérioles paralysées, ainsi que cela a lieu vraisemblablement pour les ramollissements roses et hortensias produits par l'embolie ou la thrombose d'une artère.

3° Quant à la cause de l'oblitération veineuse, en admettant qu'elle fût primitive, nous ne pourrions guère la trouver que dans la disposition à la coagulation que le sang présente dans certaines cachexies, principalement dans la cachexie tuberculeuse, et que, dans ces dernières années, l'on a pris l'habitude de désigner sous le nom encore assez peu répandu d'*inopexie*. C'est à la même cause que doivent être attribués les caillots veineux qui se forment chez les malades affaiblis, et qui déterminent, aux membres inférieurs ou supérieurs, des symptômes de la phlegmasie *alba dolens*. »

Les recherches bibliographiques auxquelles s'est livré M. Foville l'ayant confirmé dans l'opinion qu'il s'était faite tout d'abord au sujet du mécanisme de la lésion observée chez son malade, il s'est cru en droit de formuler, peut-être un peu prématurément, les conclusions suivantes :

« L'oblitération des sinus de la dure-mère ou des veines méningiennes peut avoir pour résultat de déterminer, dans les portions du cerveau tributaires des canaux oblitérés, des foyers d'apoplexie capillaire, que l'on peut appeler infarctus veineux.

Ces foyers sont ordinairement superficiels, d'une couleur amarante ou lie de vin, d'autant moins intense que l'on s'éloigne davantage, en superficie et en profondeur, du tronc veineux oblitéré.

Lorsque c'est un sinus longitudinal qui est oblitéré et que la gêne circulatoire s'étend aux deux côtés, les foyers apoplectiques sont disposés dans les deux hémispbères d'une manière à peu près symétrique.

Lorsqu'au contraire l'occlusion porte sur une veine méningienne ou un sinus latéral, sans se prolonger dans un sinus médian, il n'y a de foyer d'apoplexie capillaire que dans un seul bémispbère, et ce foyer peut être symétriquement disposé autour de la veine oblitérée qui lui sert d'axe.

Ces oblitérations se forment surtout cbez des malades cacbectiques, particulièrement chez les tuberculeux, et doivent être rapprochées des concrétions analogues qui, cbez la même catégorie de malades, servent de point de départ à la *phlegmatia alba dolens;* les unes et les autres doivent être attribuées à une altération du sang qui consiste dans sa tendance à se coaguler plus facilement qu'à l'état normal, et que l'on désigne depuis peu d'années sous le nom d'*inopexie*.

A une époque trop rapprochée du début, la substance cérébrale, siége de l'infarctus, conserve sa forme et sa consistance,

et l'accumulation du sang veineux lui donne un aspect framboisé ou lie de vin, qui a été comparé à de la chair crue, à de l'hépatisation rouge.

A une époque plus éloignée du début, la substance nerveuse, gorgée de sang stagnant, entre en décomposition, forme une pulpe friable, composée des débris des éléments nerveux et de ceux du sang, et constitue une forme de ramollissement amarante.

Avec le temps, cette coloration s'affaiblit et passe par toutes les successions de nuances entre les plus foncées et les teintes jaunâtres.

En résumé, bien que les oblitérations artérielles jouent le principal rôle dans la patbogénie du ramollissement cérébral, cependant celui-ci peut être aussi le résultat d'une oblitération veineuse ; il se distingue alors par sa situation ordinaire à la surface des bémisphères, par la multiplicité fréquente des foyers symétriquement placés des deux côtés de la ligne médiane, et par sa coloration lie de vin et amarante au début, et progressivement moins foncée. » L. L.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1869 (1).

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.

2e Série, t. VI.

1° *De la convulsion* ; par M. le professeur Brown-Séquard (n° 23).

Extrait d'une conférence faite à l'école pratique et dans laquelle M. Brown-Séquard a exposé le résultat de ses expériences sur les animaux, relativement au siége des affections

(1) Voy. n° de juillet 1870, p. 129.

convulsives et notamment de l'épilepsie; nous avons déjà reproduit (voy. *Annales méd. psych.*, mai 1870, p. 493) les conclusions que l'auteur à tirées de ces expériences.

2° *Sclérose des deux tiers antérieurs des circonvolutions frontales sans asphyxie* ; par M. G. Echeverrin (n° 26).

Les particularités de cette observation sont : épilepsie, dysphagie et paralysie de la langue, absence d'aphasie, mort subite par hématorachis, double anévrysme des artères vertébrales, sclérose du cerveau et de la moelle épinière (extr. du *Médical Record*, mars 1869).

3° *De l'aphasie ou perte de la parole dans les maladies cérébrales*; par le Dr Bateman (nos 30, 39, 44, 46, 48 et 51 de 1869, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24 et 26 de 1870).

Ce long et consciencieux travail, traduit du *Mental Science* par M. F. Villard, sera très-prochainement analysé dans les *Annales* par M. Dumesnil.

4° *Remède contre la céphalée*; par M. Kennion (n° 48).

L'auteur conseille contre la céphalée l'emploi du bisulfure de carbone ou liqueur de Lampadius ; on l'applique de la manière suivante : une bouteille à large goulot est remplie de coton ; on verse à l'intérieur environ 2 grammes de bisulfure de carbone et on l'applique sur le point le plus douloureux pendant 3, 5 ou 6 minutes. L'application peut être répétée plusieurs fois par jour; elle doit être interrompue quand la douleur qu'elle produit est trop vive. L'effet serait immédiat et est attribué à l'action du bisulfure de carbone sur les nerfs superficiels de la peau. (*Giorn. ven. di sc. mediche.*)

Gazette des Hôpitaux.

(42e année.)

1° *Des tubercules de la chorée et de la rétine pouvant servir au diagnostic de la tuberculose cérébrale*; par M. Bouchut (nos 151 de 1868, 1 et 2 de 1869).

M. Bouchut a fait sur cette question, à l'hôpital des enfants, trois leçons fort intéressantes dont nous regrettons de ne pouvoir reproduire que les conclusions :

« 1° Il y a des tubercules de la choroïde et de la rétine qui

annoncent soit une méningite tuberculeuse, soit une tuberculose généralisée ;

2° Quand un fébricitant présente des troubles de l'intelligence, du mouvement et du sentiment, et qu'il offre en même temps des granulations tuberculeuses de la choroïde, on peut conclure à l'existence d'une méningite tuberculeuse ;

3° Les tubercules de la choroïde et de la rétine sont une des plus rares manifestations de la diathèse tuberculeuse ;

4° Les tubercules de la choroïde se montrent sous forme de granulations miliaires blanches, quelquefois brillantes et nacrées ;

5° La régression granulo-graisseuse des cellules choroïdiennes est l'origine des tubercules de la choroïde. »

2° *De la névrite et périnévrite optique et de ses rapports avec les affections cérébrales* ; par le Dr Galezowski (n° 11).

Les études ophthalmoscopiques ont pour nous trop d'intérêt, au point de vue du diagnostic des affections cérébrales, pour que nous ne reproduisions pas, sans en rien retrancher, la note de M. Galezowski :

« La névrite optique se produit très-souvent sous la dépendance des tumeurs cérébrales et des méningites.

Parmi les tumeurs, ce sont presque exclusivement celles qui se développent au voisinage des organes visuels centraux qui amènent la névrite optique ; quant aux méningites, il n'y a que les méningites basilaires situées au pourtour du chiasma qui peuvent amener l'inflammation soit du périnerf, soit de la substance propre du nerf optique.

Reconnaître, d'après les signes ophthalmoscopiques, une méningite d'une tumeur cérébrale, est le plus souvent impossible, et il faut avoir recours aux symptômes rationnels et généraux de ces maladies. Nous devons pourtant remarquer que l'affaiblissement progressif de la vue, amenant une cécité complète, est le plus souvent la conséquence d'une tumeur cérébrale ; si, au contraire, la vue s'affaiblit ou s'éclaircit de manière qu'on constate les exacerbations ou les rémittences de la maladie, on est en droit de supposer une méningite.

La névrite optique se transforme au bout de quelque temps en une atrophie de la papille partielle ou complète. Cette atrophie se distingue, selon nous, de l'atrophie de la papille progressive, et notamment de celle que l'on observe dans une ataxie locomotrice, par les contours irréguliers qui se perdent

sous une exsudation, de même que par la varicosité et la sinuosité marquées des vaisseaux centraux.

A ces phénomènes purement oculaires, il faut nécessairement ajouter les symptômes généraux propres à chacune de ces maladies. Les douleurs occipitales, les attaques convulsives ou épileptiformes, un affaiblissement dans les jambes, des vertiges et des vomissements, la paralysie de la septième, de la huitième ou de la cinquième paire, accompagnent presque toujours les tumeurs situées au voisinage des tubercules quadrijumeaux, dans la partie antérieure ou supérieure du cervelet, le pédoncule cérébelleux, le quatrième ventricule, etc. »

3° *Erythème solaire.* — *Délire alcoolique*; par M. Lailler (n° 13).

M. Lailler publie sous ce titre une observation fort intéressante, que nous croyons devoir reproduire avec les quelques réflexions qu'elle a suggérées à notre distingué confrère:

« R... (Pierre), brocanteur, âgé de 47 ans, né dans le département de la Haute-Marne, est entré le 12 mai 1868 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Lailler (salle Saint-Louis, n° 18).

Son père est mort à 77 ans, paralysé. Sa mère est morte à 76 ans. Il ne sait pas à quelle maladie elle a succombé. Il a eu six frères ou sœurs; trois sont morts en bas âge, les autres jouissent d'une bonne santé. Aucun autre membre de sa famille n'a eu de maladie de peau.

Dans son enfance, cet homme s'est toujours bien porté. A 19 ans, il a eu une pneumonie.

Ce malade a depuis 10 ans une fistule à l'anus, dont on constate encore la présence lors de son entrée.

Il est resté 7 ans soldat. Il a été en garnison à Paris, Metz et Strasbourg. Jamais il n'a quitté la France. En 1842, il a eu un abcès au cou qui a été incisé. Étant à Metz, il a eu de la dyssenterie pour laquelle il a été soigné à l'hôpital militaire, où il fit un séjour de 3 semaines.

Jamais il n'a eu de maladie vénérienne. Rien du côté de l'appareil respiratoire. Jamais de rhumatismes. Il a eu seulement à diverses reprises quelques douleurs vagues dans la région lombaire. Fonctions digestives intactes. Cet homme est à Paris depuis 14 ans. Jamais à aucune époque il n'a fait usage du maïs dans son alimentation. Du reste, il s'est toujours bien nourri et n'a jamais été exposé à des privations prolongées.

Depuis de longues années, cet homme se livre à de fréquents excès de boisson. Il boit, dit-il, environ trois litres de vin par jour, en moyenne. Jamais il ne boit ni eau-de-vie ni absinthe. Par profession, il parcourt sans cesse les rues de Paris, et en été il a fréquemment, dit-il, les mains exposées au soleil. Cet homme entre à l'hôpital pour une éruption qui occupe la face dorsale des deux mains.

Jusqu'au mois d'août 1867, cet homme n'avait jamais eu d'éruption cutanée. A cette époque, c'est-à-dire il y a environ 9 mois, il a eu une éruption analogue à celle qu'il présente aujourd'hui et occupant comme elle la face dorsale des deux mains. La rougeur était toutefois, au dire du malade, moins étendue qu'elle ne l'est actuellement. Il a été à ce moment à la consultation de l'hôpital de la Charité. On lui prescrivit des bains sulfureux. Il ne fit aucune application topique. Au bout d'un mois l'éruption avait complétement disparu.

Vers le milieu du mois dernier (avril 1868) a débuté l'éruption actuelle. Il vit apparaître sur la face dorsale des deux mains, au niveau de la tête des deuxièmes métacarpiens, de petites papules rouges accompagnées d'un prurit assez violent.

Depuis lors, l'éruption a toujours été en envahissant les parties velues. Aujourd'hui elle occupe la face dorsale des deux mains ; elle descend un peu sur les premières phalanges des doigts, mais du côté des avant-bras elle ne remonte pas au-dessus des poignets. La peau présente dans toute cette étendue une rougeur sombre, érythémateuse assez intense. On trouve des points où existent de légères fissures; à leur niveau seulement existe un léger suintement.

Dans un assez grand nombre de points, l'épiderme est soulevé sous forme de squames grisâtres, sèches, à moitié adhérentes, formant des sortes de festons autour des plaques érythémateuses. Ces différentes parties sont le siége de fourmillements plutôt que de véritables douleurs. Le malade éprouve surtout de la gêne et une certaine raideur dans les mouvements de flexion et d'extension de la main et des doigts.

On ne trouve aucune éruption sur le reste du corps.

Pas d'engorgement des ganglions axillaires ou épitrochléens.

M. Lailler et M. le docteur Bazin, auxquels le malade est montré le lendemain de son entrée, diagnostiquent un érythème solaire. M. Hardy, qui voit à son tour le malade, tout en faisant certaines restrictions, surtout à cause de l'absence de tout trouble fonctionnel du côté de l'appareil nerveux et du côté

du tube digestif, regarde ce malade comme atteint d'érythème pellagreux.

Du reste, l'état général est très-bon. Le malade se plaint seulement de ne pas dormir. (Une pilule extrait thébaïque de 0,02.)

Le malade était depuis cinq jours dans les salles sans qu'on eût remarqué aucun changement dans son état, lorsque l'on vit apparaître de nouveaux accidents.

En effet, le 17 mai, vers dix heures du soir, le malade est pris d'un délire violent. Le délire dure toute la nuit.

Le 18, à la visite du matin, il a un peu diminué ; le malade répond aux questions qu'on lui adresse, mais on constate encore une certaine agitation et une grande loquacité. On prescrit une potion avec 0,20 d'extrait d'opium.

A la visite du soir, le malade est un peu plus calme.

Le 19 au matin, même état que la veille au soir. (Julep avec 0,30 d'extrait d'opium.)

A midi, le malade est pris de nouveau par le délire. Cette fois, c'est un délire furieux et tel qu'on est obligé de le contenir par la camisole de force. Le malade ne cesse de crier durant toute la nuit du 19 au 20.

Cet état persiste pendant toute la journée du 20 et la nuit du 20 au 21. On continue l'administration de l'opium. Il en prend 0,60 dans la journée du 20. Du reste, jusqu'ici on n'a pas observé de phénomènes appréciables de l'action physiologique de l'opium.

Le 21, à la visite du matin, agitation extrême qui se calme un peu dans la journée. Il prend 0,90 d'extrait d'opium dans les 24 heures.

Le 22 au matin, le malade est toujours sous l'influence du délire ; néanmoins il est beaucoup plus tranquille. Le pouls est à 88. Cet état de calme relatif dure jusqu'à une heure du matin, dans la nuit du 22 au 23. A cette heure il est repris d'un délire excessivement violent qui nécessite de nouveau l'emploi de la camisole. Le malade a pris encore environ 0,60 d'extrait d'opium.

Le 23, à la visite du matin, on trouve encore le malade dans une agitation extrême.

Du reste, à peine si l'on constate un peu de narcotisme. Il n'y a pas eu de vomissement. La peau est alitueuse, mais il n'y a pas de sueurs profuses, malgré les mouvements désordonnés auquels se livre sans cesse le malade. La pupille est

dans un état de contraction moyenne. Le soir, le malade a une tendance très-marquée au sommeil. On cesse l'emploi de l'opium. A partir de 10 heures du soir, le malade est très-tranquille. Il dort toute la nuit. Le veilleur le trouve encore à quatre heures et demie dans un profond sommeil. A cinq heures moins un quart, on trouve le malade agonisant. Il meurt le 24 mai, à cinq heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt au point de vue suivant. En effet, on pourrait à la rigueur y voir un cas de pellagre sporadique, en se fondant surtout sur la coïncidence de cet érythème de la face dorsale des mains, érythème qui se montra deux années de suite, et des troubles cérébraux. Cet érythème avait même si bien les apparences de l'érythème pellagreux, que M. Hardy était porté à le regarder comme tel, avant même l'apparition des accidents cérébraux. Pour nous, nous croyons que dans l'observation précédente il faut voir une simple coïncidence.

L'érythème des mains nous paraît avoir été purement accidentel et dû probablement à l'exposition prolongée des mains à l'ardeur du soleil. La répétition même de cet érythème deux années de suite, s'explique facilement par le retour de la cause au commencement de l'été. Quant aux accidents cérébraux, ils nous paraissent devoir être la conséquence des habitudes alcooliques que cet homme nous avait avouées.

D'autre part, dans l'hypothèse de la pellagre, il manquerait à la triade des symptômes les troubles du côté de l'appareil digestif; car nous croyons impossible de rapporter à la pellagre les quelques accidents dyssentériques antérieurs signalés vaguement par le malade.

Enfin, nous ne trouvons pas la cause unique spécifique pour certains auteurs, de la pellagre, l'usage du maïs dans l'alimentation.

La coïncidence entre cet érythème à répétitions et les accidents cérébraux probablement d'origine alcoolique nous a néanmoins frappé d'autant plus, que peu de jours après nous constations un nouveau cas d'érythème des mains chez un malade qui fut pris d'accidents alcooliques semblables à ceux que nous venons de signaler, quoique beaucoup moins intenses, accidents dont on se rendit du reste facilement maître au moyen de l'opium. Il y a là une cause d'erreur de diagnostic qui, surtout dans des pays à pellagre, pourrait devenir fort

embarrassante. Dans son *Traité de la pellagre*, M. Roussel signale des cas analogues aux nôtres où l'erreur fut commise. La coïncidence de la pellagre et de l'alcoolisme a été notée depuis longtemps. M. Roussel croit que les excès alcooliques peuvent seulement prédisposer à la pellagre comme toutes les grandes et longues débilitations que subit l'organisme.

Toutefois, cette idée n'est pas partagée par tous les auteurs, et dès 1847, M. Baillarger admettait des cas de pseudo-pellagre par intoxications alcooliques. Bien que nous ne voyions dans le cas actuel qu'une simple coïncidence, nous avons pensé qu'il était bon de rapprocher cette observation des cas semblables signalés par les auteurs. »

Nous partageons complétement l'opinion de M. Lailler.

4° *Observation d'épilepsie; emploi du bromure de potassium*; par M. le Dr Saint-Vel (n° 18).

Bien que les résultats obtenus n'aient pas été très-satisfaisants, cette observation est intéressante à plus d'un titre :

« M. X..., employé dans une administration, âgé de 66 ans. Habitudes alcooliques très-anciennes. Après quelques vertiges, il a eu à son bureau, en décembre 1864, une grande attaque d'épilepsie. Dès ce moment les alcooliques ont été abandonnés, et vers la fin de la maladie, ils excitaient un sentiment de répulsion. Le traitement de Bretonneau et de Trousseau par la belladone à doses croissantes est commencé vers les derniers jours de décembre. Le 16 janvier 1865, nouvelle attaque avec cri initial, projection en avant, pâleur, convulsion unilatérale et coma.

Le 19 le malade, dont la constitution est détériorée (il est plus vieux que son âge), accuse un symptôme qui aurait commencé à la première grande attaque et se serait aggravé par la seconde. C'est un sentiment de faiblesse dans le bras droit et surtout dans la main. La sensibilité est intacte, mais comparée à celle de la main gauche, la pression est très-faible. Le traitement par la belladone est continué. En février et en mars surviennent deux grandes attaques.

Dans les premiers jours d'avril, je prescris le bromure de potassium à la dose de 2 grammes, avant les repas.

Bromure de potassium.....	20	grammes.
Eau distillée.....	300	—

D'abord deux cuillerées, et successivement le malade aug-

mente d'une cuillerée tous les quatre jours. Je m'arrête à six cuillerées, et au bout d'une semaine je diminue d'une cuillerée tous les quatre jours. Le traitement, descendu à deux cuillerées, est suspendu sur le conseil d'un confrère un peu timoré.

Pendant tout le temps de l'administration du bromure, sauf un ou deux vertiges, l'épilepsie ne s'est pas montrée. Dix jours après la suspension du médicament, une grande attaque a éclaté.

Du 1er juin 1865 à la fin d'août 1866, le traitement par le bromure n'a été interrompu que trois fois. Atteint d'un catarrhe pulmonaire, le malade a été pris de pneumonie en juillet 1865. Sujet à des accidents de diarrhée, il a eu une forte cholérine alors que sévissait le choléra en octobre de la même année. Plus tard, s'affaiblissant de plus en plus et obligé de garder le lit, il a eu, en août 1866, un muguet confluent dont il a guéri. Le bromure, dont la dose était alors très-diminuée, fut abandonné dès ce moment. Des mouvements convulsifs de la face et de l'oreille droite se montrèrent presque sans discontinuer jusqu'au jour où le malade s'éteignit, vers la fin de septembre 1866.

En dehors de ces états morbides, le bromure fut constamment administré; la dose la plus élevée étant six cuillerées de la solution; la plus faible correspondant à deux. L'intensité plus grande de certaines manifestations avertissait le malade qu'il fallait augmenter la dose. Le petit doigt ou le pouce de la main droite devenaient le point de départ de l'aura, et le bras était agité de mouvements fibrillaires ou de quelque brusque mouvement d'extension. Il y eut aussi, pendant le traitement, quelques vertiges, et deux fois des douleurs atroces rappelant l'angine de poitrine. Jamais la grande attaque épileptique ne se reproduisit.

Aucun phénomène du côté de l'intelligence; rien du côté de la sensibilité. Le bras droit devint de plus en plus faible; la pression avec la main de moins en moins marquée. Habitué à chiffrer beaucoup, M. X... fut obligé de se servir de la main gauche. Au bout de quelques minutes, la plume s'échappait des doigts de la main droite et bientôt même ils ne purent la saisir. La paralysie du membre supérieur droit augmentait avec l'affaiblissement général qui était très-prononcé, lorsque le malade succomba à des accidents de catarrhe pulmonaire. »

Dans un cas à peu près analogue, nous avons employé l'oxyde de zinc avec un plein succès; les vieillards supportent

difficilement le bromure de potassium administré à haute dose.

5° *Observation de rage*; *lysses sublinguales*; par M. le Dr Bazin (de Corbeilles) (n° 20).

6° *Observation de rage*; *incubation de sept mois*; *présence du sucre dans les urines*; par M. le Dr Créquy (n° 27).

7° *Cérébroscopie*; par M. le Dr Bouchut (nos 29 et 45).

Chez une enfant de 14 ans, qu'il avait cru d'abord au début d'une fièvre typhoïde, l'ophthalmoscope a permis à M. Bouchut de rectifier son diagnostic et d'affirmer l'existence d'une méningite tuberculeuse, en lui faisant découvrir un commencement de tuberculose choroïdienne, avec un double œdème papillaire partiel, hypérémie locale et stase veineuse.

Chez deux autres enfants, dont la maladie offrait au début une certaine obscurité, M. Bouchut a pu, avec l'ophthalmoscope, établir également un diagnostic précis.

8° *Action directe des anesthésiques sur le système nerveux cérébral*; par M. le Dr Ferran (n° 38), et MM. Dieulafoy et Krishaber (n° 41).

D'expériences qu'il a faites sur des lapins, M. Ferran se croit en droit de conclure :

« 1° Que les vapeurs du chloroforme, à l'instar de celles de l'alcool, n'exercent leur influence sur le système cérébral qu'en se substituant momentanément à l'influx nerveux, au point d'en annihiler et d'en masquer complétement l'action;

2° Que la sensibilité et la motilité nerveuse pourraient, *sans inconvénient*, être suspendues par les vapeurs anesthésiques pendant un temps très-long, si l'on pouvait les faire arriver au cerveau par les nerfs olfactifs, au lieu de les faire passer par la voie pulmonaire. »

MM. Diculafoy et Kirshaber ont répété les expériences de M. Ferran, et sont arrivés à des résultats diamétralement opposés : ils nient l'action directe du chloroforme sur les centres nerveux au moyen des nerfs olfactifs et attribuent l'erreur de M. Ferran à ce que cet honorable confrère n'a pas pris, dans ses expériences, des précautions suffisantes pour empêcher le chloroforme de pénétrer dans les voies respiratoires.

La question, cependant, ne me paraît résolue d'une façon définitive.

9° *Effets de l'absinthe sur le système nerveux*; par M. le Dr Decaisne (n° 46).

A l'occasion des recherches de M. Magnan sur les effets de l'absinthe, M. Decaisne rappelle que dès le 1er avril 1854, dans son *Etude médicale sur les buveurs d'absinthe*, il avait formulé les conclusions suivantes :

« 1° L'absinthe, à dose égale et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a des effets funestes plus prononcés sur l'économie ;

2° A dose égale, l'absinthe produit l'ivresse beaucoup plus rapidement que l'eau-de-vie. Les états que l'on a décrits sous le nom *d'alcoolisme aigu* et d'alcoolisme chronique se développent sous son influence beaucoup plus facilement ; il est nécessaire cependant de faire entrer ici en ligne de compte le degré de concentration de l'alcool, en général assez élevé dans l'absinthe. »

Il y a longtemps déjà que l'observation clinique nous a conduit aux mêmes conclusions.

10° *La paralysie agitante et la sclérose en plaques* (nos 49, 59 et 113.)

M. le Dr Charcot a fait sur cette question, à l'hospice de la Salpêtrière, une série de leçons très-intéressantes. Malheureusement la publication n'en est pas encore terminée et nous sommes obligés d'en ajourner l'analyse. Disons seulement que l'on trouvera dans ces trois première leçons une excellente description de la paralysie agitante et un exposé sommaire des caractères qui distinguent cette névrose, comme l'appelle M. Charcot, de la sclérose en plaques disséminées.

11° *Des névroses congestives de l'encéphale*; par M. le Dr Bouchut (nos 51, 52 et 53.)

M. le Dr Bouchut résume comme il suit les trois leçons qu'il a faites sur cette question à l'hopital des enfants :

« Vous venez de voir plusieurs faits qui vous prouvent l'existence d'une névrose congestive de l'encéphale simulant la méningite et dépendant de la chlorose.

Les névroses congestives de l'encéphale, ayant forme de pseudo-méningite, sont des maladies vaso-motrices par action réflexe.

Il y a diverses formes de névrose congestive de l'encéphale, selon le point de départ de l'excitation réflexe dans l'utérus, dans l'intestin, dans l'estomac ou sur les amygdales.

Dans les névroses congestives de l'encéphale et dans la pseudo-méningite, le sulfate de quinine est l'agent de l'indication physiologique; mais autour de lui, selon qu'il y a chlorose, affection vermineuse ou phlegmasie tonsillaire, il faut employer les préparations ferrugineuses, les courtes affusions froides, le calomel et la santonine, enfin, les révulsifs aux extrémités inférieures et les gargarismes astringents. »

12° *Cas de rage chez l'homme ; insuccès du chlorhydrate de morphine et du bromure de potassium*; par M. le Dr Letellier (no 56).

12° *Des arthropathies consécutives à l'ataxie locomotrice progressive;* par M. le Dr Benjamin Ball (nos des 31 octobre et 12 novembre 1868, et 58 à 61 de 1869).

Ce très-long et consciencieux travail n'est pas susceptible d'analyse.

13° *Des embolies du cerveau chez les enfants et de leur diagnostic par la cérébroscopie* ; par M. le Dr Bouchut (nos 60 et 62).

« En résumé, dit M. le Dr Bouchut, si l'on veut conclure quelque chose de la dissertation que je viens de faire, on voit que :

Les embolies artérielles peuvent se produire chez les enfants comme chez l'adulte;

Que ces embolies peuvent occuper des artères volumineuses ou capillaires;

Qu'elles forment des obstructions vasculaires, en entraînant autour d'elle des infarctus ou des ramollissements;

Que, dans le cerveau, l'embolie donne lieu à un ramollissement plus ou moins étendu, analogue à la gangrène, et que si la mortification du tissu n'a pas d'odeur, c'est que le cerveau est à l'abri de l'air sous la calotte du crâne;

Que l'embolie cérébrale donne lieu à une douleur vive dans le côté correspondant de la tête, avec hémiplégie dans le côté opposé;

Enfin, que la cérébroscopie permet de distinguer ce ramollissement d'une hémorrhagie cérébrale, parce que, dans le premier cas, il n'y a qu'œdème papillaire, tandis que, dans le second, il y a forte hypérémie de la papille et de la choroïde avec phlebectasie rétinienne. »

14° *Contracture essentielle des extrémités*, par M. le Dr Berthelot (no 69).

Observation très-intéressante d'une contracture des extré-

mités observée chez un enfant de 31 mois et qui, malgré la gravité apparente des symptômes, céda en quelques jours à l'emploi de bains tièdes, et d'une infusion de tilleul additionnée d'une cuillerée à bouche de sirop diacode par verre de liquide.

15° *Cas de rage*; par M. Mathieu (n° 75).

16° *Tumeurs du cervelet*; par M. le prof. Richet (n° 79).

Quelques considérations sur le diagnostic des tumeurs du cervelet, à l'occasion d'un malade que l'on supposait atteint de cette maladie.

C'est principalement par des caractères négatifs que se distinguent les tumeurs du cervelet. Les symptômes positifs se réduisent à peu près aux suivants : névrite ou périnévrite optique; pupilles dilatées; vue affaiblie ou abolie; céphalalgie dont le siége, la forme et l'intensité sont très-variables; vomissements, surtout à la dernière période de la maladie; démarche titubante, incertaine, ressemblant à celle des ivrognes; sensation de vertige, surtout dans la station verticale; excitation des organes génitaux, mais seulement quand le bulbe est comprimé par la tumeur.

17° *Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses; alcool et absinthe; épilepsie absinthique*; par M. le Dr Magnan (n°s 79, 82, 85, 100 et 108).

C'est au moyen d'expériences sur les animaux que M. Magnan a essayé de déterminer la part d'influence et le mode d'action de l'alcool et de l'essence d'absinthe dans les accidents produits par l'ingestion de la liqueur d'absinthe. Voici les résultats qu'il a obtenus :

« L'*alcool* passe en nature à travers l'organisme et en sort par les diverses voies d'élimination; de là une action toujours la même, directe, immédiate sur les différents organes et plus particulièrement sur les centres nerveux. Une faible partie seulement de l'alcool ingéré est transformé.

L'ingestion de l'alcool chez les chiens produit l'affaiblissement progressif, puis la paralysie des membres postérieurs d'abord, puis des antérieurs, et enfin le relâchement des sphincters; mais, dans aucun cas, M. Magnan n'a observé de convulsions épileptiques ou épileptiformes.

A l'autopsie, on constate la présence de l'alcool en nature

dans les différents organes ; l'injection des méninges cérébro-spinales, de petites infiltrations sanguines dans l'épaisseur de la pie-mère, quelquefois même un peu de sang en nappe à la surface de l'arachnoïde ; l'injection du cerveau et de la moelle ; la coloration rosée plus ou moins foncée de la substance grise des centres ou de la périphérie ; l'injection de la muqueuse de l'estomac et des intestins ; la congestion partielle des poumons, du foie et des reins.

Quand un chien est soumis pendant un certain temps à l'ingestion de 50 à 60 grammes d'alcool par jour, on ne tarde pas à observer des phénomènes d'un autre ordre : une légère hébétude d'abord, puis du tremblement musculaire. Dans les cas de cette nature, on trouve dans les organes des lésions qui ont une certaine analogie avec celles que l'on rencontre chez l'homme qui a succombé aux progrès de l'alcoolisme chronique.

L'*essence d'absinthe* injectée dans les veines d'un chien à la dose de quelques centigrammes ou introduite dans l'estomac à la dose de 3 à 4 grammes, détermine des phénomènes dont la durée et l'intensité sont en raison directe de la dose du poison ingéré et qui se manifestent à peu près dans l'ordre suivant :

Frémissement musculaire plus ou moins marqué ; petites secousses brusques, saccadées, semblables à des décharges électriques, dans les muscles du cou d'abord, puis dans ceux des épaules et du dos ; ce qui détermine des secousses brusques soulevant sur place et par saccades la partie antérieure du corps ; dans quelques cas, l'animal s'arrête tout à coup, reste immobile, comme hébété, la tête basse, le regard morne ; il conserve cette attitude pendant 30 à 120 secondes, puis reprend spontanément ses allures habituelles. Cet état offre une certaine analogie avec le vertige épileptique.

A une dose plus forte, l'essence d'absinthe détermine de véritables convulsions épileptiformes avec trismus, convulsions toniques prédominant quelquefois d'un côté du corps, puis convulsions cloniques avec claquement des mâchoires, écume aux lèvres, quelquefois morsures à la langue, respiration stertoreuse, évacuations d'urine, de matières fécales et parfois même de sperme. L'attaque finie, l'animal conserve ordinairement un peu d'hébétude, puis reprend son état habituel.

Dans certains cas, plusieurs de ces symptômes font défaut ; parfois aussi, les accès se rapprochent, se superposent pour

ainsi dire et on a quelque peine à retrouver les caractères de l'attaque convulsive.

Dans l'intervalle des attaques, on observe chez certains animaux de véritables hallucinations de la vue; la plupart manifestent une frayeur plus ou moins vive.

Il résulte d'ailleurs d'expériences faites avec soin que ces deux ordres de phénomènes, convulsions et hallucinations, ont pour siége : les premières la moelle épinière et les autres le cerveau. L'essence d'absinthe agit donc sur le système cérébro-spinal tout entier. Il semble seulement que le cerveau n'entre en action que quand les autres parties du système sont au repos et réciproquement.

Quant, au lieu d'alcool ou d'essence d'absinthe administrés séparément, on donne l'*alcool* ou *liqueur d'absinthe*, on observe les deux ordres de phénomènes produits par chacun de ces agents; seulement l'ivresse alcoolique précède toujours d'une ou plusieurs heures les phénomènes convulsifs propres à l'absinthe. Cette particularité paraît tenir au retard apporté à l'absorption de l'essence d'absinthe par l'action irritante de l'alcool sur l'estomac. Quand, en effet, l'essence d'absinthe est injectée par les veines, les phénomènes convulsifs se produisent immédiatement; mais ils sont toujours beaucoup moins intenses et surtout moins prolongés.

L'essence d'absinthe ne produit pas, d'ailleurs, des lésions matérielles aussi prononcées que l'alcool. Les divers organes en sont imprégnés ; mais les méninges cérébro-spinales ne sont qu'injectées—et cela surtout au niveau du bulbe,—et présentent rarement des infiltrations sanguines ; il en est de même du cerveau, de l'estomac et des poumons. »

Faisant à la pathologie l'application de ces données expérimentales, M. Magnan a cherché à bien établir que l'alcool chez l'homme comme chez les animaux était incapable à lui seul de provoquer l'épilepsie ; il donne lieu à du tremblement, quelquefois même à de petites convulsions cloniques irrégulières, mais c'est tout. Quand les attaques épileptiques surviennent, il faut l'attribuer à un autre agent que l'alcool et cet agent est habituellement l'absinthe.

Nous croyons, comme M. Magnan, que les effets de la liqueur d'absinthe sur l'organisme diffèrent notablement de ceux déterminés par les autres boissons alcooliques; mais les faits que nous avons observés ne nous permettent pas d'admettre que la liqueur d'absinthe soit la seule qui produise l'épilepsie.

18° *Rôle du cervelet*; par M. le docteur W. Mitchell (n° 82).

Des expériences auxquelles M. Mitchell s'est livré sur les animaux, il résulterait que le cervelet ne serait point un centre particulier dont l'irritation ou la destruction puisse influer directement sur telle ou telle fonction déterminée. Ce ne serait qu'un renflement ganglionnaire du centre spinal, jouissant des mêmes propriétés que la substance grise de la moelle, étant dans les mêmes relations de connexité avec le système nerveux locomoteur, et renforçant par conséquent les centres médullaires.

Cette théorie n'est point en désaccord avec les faits cliniques.

19° *Note sur l'emploi du bromure de potassium dans l'éclampsie*; par M. le docteur Cersoy (de Langres) (n° 87).

M. Cersoy est d'avis que dans l'éclampsie puerpérale, il y a lieu de donner d'emblée de fortes doses de bromure, 8 à 10 grammes, par exemple, comme le font depuis longtemps et avec succès les médecins américains.

20° *Note sur le traitement des maladies nerveuses par l'eau froide*; par M. le docteur Judée (n° 92).

M. le docteur Judée rappelle que dès 1854, il recommandait les applications d'eau froide sur l'épigastre, comme très-efficaces dans le traitement des affections nerveuses convulsives. Ce n'est point seulement sur l'épigastre, mais sur tout le corps que les applications d'eau froide produisent d'excellents résultats dans un très-grand nombre d'affections nerveuses; mais il serait imprudent d'employer ce mode de traitement dans tous les cas et sans en bien connaître les contre-indications, et elles sont malheureusement assez nombreuses, surtout chez l'homme.

21° *Contribution à l'emploi du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale*; par M. le docteur Viger (n° 96).

Deux fois chez la même femme, M. Viger a employé avec succès le bromure de potassium; la première fois, à la dose de 0,75 par jour, et la seconde fois à celle de 3 grammes.

22° *Maladie nerveuse extraordinaire*; par M. le docteur V. Revillout (n° 100).

Cette observation, recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service

de M. Hérard, nous a paru assez intéressante pour que nous la reproduisions intégralement :

« Cet homme parle difficilement ; aussi est-il très-peu commode de remonter aux commémoratifs : voici pourtant ce que nous avons compris de son histoire, d'après ses réponses, balbutiées et souvent presque inintelligibles :

Il est grillageur de son état, et s'est toujours assez bien porté jusqu'en 1864 environ. Il fut pris alors de douleurs dans la partie postérieure de la tête et dans le haut de la colonne vertébrale ; il souffrait aussi dans les membres du côté droit. Un jour il perdit connaissance, et il resta paralysé de la moitié droite du corps pendant un temps sur la longueur duquel ses réponses varient beaucoup. Cet accident lui serait survenu il y a quatre ans, lorsqu'il avait 11 ans. Peu à peu la paralysie se serait dissipée en très-grande partie, mais jamais assez pour que cet homme pût se remettre à son travail ; puis, seraient survenus de nouveaux phénomènes pour lesquels il serait entré à l'Hôtel-Dieu.

Ces phénomènes sont bizarres ; ils se passent exclusivement du côté droit.

Avant d'en parler, notons que cet homme a toutes les premières apparences de la santé ; l'œil est intelligent et vif, les chairs sont pleines, fermes et roses, l'appétit est satisfaisant, sans avoir rien d'exagéré.

Pourtant la figure est grimaçante, la bouche se convulse quand il s'agit de tirer la langue ou de parler, les mots sont émis par syllabes articulées avec effort, au milieu d'un luxe inutile de mouvements saccadés des traits, de la langue, de la mâchoire, de la tête même et du cou.

Il n'y a pas ombre d'aphasie, car le malade se sert du terme propre ; il a la mémoire et l'esprit présents.

Quand on le découvre, on voit le côté droit du corps tétanisé, pour ainsi dire, ou plutôt en catalepsie. Le bras, l'avant-bras et la main sont étendus, comme la jambe et la cuisse ; le membre supérieur fixé le long du corps et le membre inférieur raidi, suivant une ligne parallèle, restent immobiles. Quand on veut les soulever, on soulève avec eux le corps entier. La rigidité cataleptique ou tétanique est presque dépassée par celle-là.

Nous avons déjà dit, mais il faut y revenir, que cet homme paraît ne pas pouvoir tirer entièrement la langue. Il n'en montre guère que le bout, et on l'aperçoit agitée de mouve-

ments incessants dans tous les sens. En même temps, la mâchoire elle-même se meut d'une manière convulsive. On peut donc rattacher les troubles de la parole à des phénomènes de contracture, de paralysie, ou de spasmes, qui siégeraient dans les muscles servant aux articulations phonétiques.

Voilà quelle est, à première vue, la physionomie du malade quand on l'observe dans son lit pendant la visite du médecin.

Et cependant il peut marcher, il peut s'habiller, il peut manger seul.

Quand on lui dit de sortir de son lit et de marcher, il se lève tout d'une pièce, et par un mouvement saccadé, il projette en avant la jambe droite étendue, en lui faisant parfois décrire un demi-cercle : il soulève d'abord le talon, puis, dans un second temps, il relève la pointe du pied. Cette manœuvre a bien quelque chose de spasmodique ! les muscles du mollet se montrent contractés plus qu'ils ne devraient être : mais enfin il n'y a rien là qui rappelle la marche spéciale et les contractions fibrillaires des ataxiques.

Interrogé au point de vue des douleurs fulgurantes ou autres, le malade dit en avoir éprouvé, il y a longtemps déjà ; actuellement il ne souffre plus, sauf peut-être quand on fait un trop grand effort pour fléchir ses membres contracturés.

Nous avons étudié la sensibilité à l'aide d'une longue aiguille. Tant qu'on piquait la moitié droite du corps, cet homme ne paraissait même pas s'en apercevoir ; tandis qu'il se plaignait vivement dès qu'on touchait à la moitié gauche. On aurait même pu croire qu'il y avait de ce côté hypéresthésie, tant les expressions de douleur étaient accentuées. Au pincement, on constatait les mêmes différences.

Nous avons fait une remarque alors que le malade n'était pas sur ses gardes : en explorant la sensibilité, nous avons saisi tout à coup la main, et nous avons mu sans difficulté les doigts et le poignet, puis légèrement fléchi l'avant-bras avant que le tout ne devînt raide.

Mais cette fois, en revanche, la contracture s'étant produite dans la demi-flexion, l'extension forcée ne pouvait plus être obtenue. Ainsi les membres conservaient l'attitude qu'ils avaient prise, quelle qu'elle fût, comme on l'a observé dans certaines catatepsies. »

M. Revillout ne sachant dans quel cadre connu faire rentrer cette observation, et se fondant d'ailleurs sur l'existence de certains phénomènes difficiles à expliquer, croit à une si-

mulation. C'est, en effet, la supposition la plus probable, autant du moins qu'on peut en juger d'après le seul exposé des faits.

23° *Hémiplégie diphtéritique droite; cérébroscopie; atrophie papillaire et embolie dans l'œil gauche; névrite congestive de la papille droite;* par M. le Dr Bouchut (n° 102).

24° *Du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale;* par M. le Dr Rey (n° 102).

M. Rey a employé deux fois avec succès, dans l'éclampsie puerpérale, le bromure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes. La disparition des accidents convulsifs a d'ailleurs été très-rapidement obtenue.

25° *Paralysie à la suite de la rougeole;* par M. le docteur Larivière (n° 110).

Il s'agit d'un cas de paralysie des membres inférieurs survenue chez un enfant d'environ un an, à la suite de la rougeole.

26° *Études psychologiques; ce que c'est que l'aphasie;* par M. le docteur Judée (n° 111).

M. Judée, comme le docteur Gairdner, pense que l'*amnésie*, le seul genre d'aphasie dont il veuille parler, peut parfaitement exister sans que l'intelligence soit aucunement troublée, et qu'elle consiste avant tout dans l'impossibilité d'exprimer sa pensée.

27° *Épilepsie survenue subitement, sans cause appréciable, chez un individu bien portant jusqu'alors;* par M. Briand (n° 111).

Le 24 avril 1869 est entré, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, un nommé C... (Louis-Pierre), âgé de 16 ans, apprenti jardinier.

Dans ses antécédents, on ne trouve aucune explication des accidents épileptiques qui l'amènent à l'hôpital. Jusqu'à l'âge de 14 ans, sa santé est parfaite. Ni convulsions, ni vertiges. La nuit, il n'a pas d'incontinence d'urine, et le réveil du matin ne s'accompagne ni de pesanteur de tête, ni de stupeur.

Dans sa famille, personne n'a jamais été atteint, non-seulement du mal caduc, mais même d'une autre affection nerveuse : hystérie, chorée, etc., d'une diathèse quelconque qui

pût héréditairement rendre compte de sa maladie. Le père a, dans quelques circonstances seulement, éprouvé des attaques de rhumatisme.

Ainsi Pierre-Louis C... est né de parents sains, et jusqu'à 14 ans, il jouit d'une excellente santé.

A cette époque, il se promenait dans une rue, quand tout d'un coup il est violemment heurté par une voiture; sa main gauche est prise dans la roue et écrasée.

On le porte à l'Enfant-Jésus, où il est soigné, et au bout de trois mois, il sort guéri, mais infirme. L'indicateur avait été arraché; tous les autres doigts, surtout le petit doigt, sont déformés.

Dans cet état, il retourne chez lui et peut reprendre son travail.

Une année après environ, tout d'un coup, sans cause appréciable, au milieu de ses jeux, il sent un frisson le parcourir; il est pris de vertige et tombe.

Perte de connaissance, écume à la bouche, convulsions, etc.: tous les symptômes de l'attaque épileptique apparaissent. Elle dure un quart d'heure. De nombreux accès surviennent; à peine si entre chaque accès il a dix minutes de repos.

Il entre à l'Enfant-Jésus, où il est traité par les douches froides; une par jour. Pendant quinze jours, les attaques continuent avec la même énergie. Au bout d'un mois, l'état s'améliore et le calme reparaît.

De retour chez lui, pendant trois mois aucune attaque.

Vers le milieu d'avril 1869, les attaques se renouvellent aussi subitement et aussi violemment que la première fois.

Le 24, il entre dans le service de M. Bourdon, à la Charité.

Jusqu'au 10 mai, les attaques continuent régulièrement, lui laissant à peine dix minutes de repos dans leur intervalle. Comme précédemment, chaque accès dure à peu près un quart d'heure.

Il est soumis au traitement par le bromure de potassium dès le jour de son entrée à l'hôpital.

Le 10 mai, les attaques cessent.

Le 17, voici dans quel état nous le voyons:

Il a sa connaissance entière; cependant l'intelligence est obtuse. Le visage est pâle et amaigri; la physionomie est un peu hébétée. Il éprouve une grande difficulté à parler; il peut, mais péniblement, faire exécuter à la langue ses mouvements. Elle paraît un peu gonflée. Il y a une faiblesse générale de

tous les membres, surtout du côté gauche ; toutefois, la sensibilité et la motilité sont conservées partout.

L'accident grave arrivé au sieur C... un an avant l'explosion de l'épilepsie a-t-il eu une influence prédisposante sur le développement de la maladie? Il est assez difficile, dans l'état actuel de la science, de répondre à cette question. Mais il est évident qu'en présence des résultats obtenus depuis quelques années par M. Brown-Séquard, dans ses expériences sur les cobayes, il est nécessaire d'étudier avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici le rôle que peuvent jouer dans la genèse de l'épilepsie les lésions traumatiques de toutes sortes.

28° *Epilepsie confirmée ; traitement par le bromure de potassium; succès remarquable;* par M. le Dr O. Huard, de la Nouvelle-Orléans (n° 135).

L'enfant de 10 ans qui fait le sujet de cette observation avait eu 2743 accès du 12 novembre 1867 au 1er juillet 1868, date à laquelle fut commencé le traitement par le bromure à haute dose. Depuis cette époque les accès ont toujours été en diminuant rapidement de fréquence et d'intensité et il est probable, dit M. Huard, qu'ils ne tarderont pas à disparaître complétement. Avant de qualifier ce fait de succès remarquable, il eût été prudent, ce me semble, d'attendre au moins que la guérison fût bien confirmée ; nous en avons tant vu de ces succès que les faits malheureusement venaient démentir quelques mois plus tard !

29° *Des convulsions par thrombose des sinus de la dure-mère;* par M. le Dr Bouchut (n° 141).

Les convulsions qui se présentent à la fin des maladies aiguës sont généralement attribuées à l'appauvrissement du sang et à l'anémie cérébrale; M. Bouchut croit que dans un grand nombre de cas, elles reconnaissent au contraire pour cause la gêne circulatoire et l'hypérémie cérébrale qui résultent de thromboses cardiaques et crâniennes.

30° *Hémiplégie alterne droite; tubercule de la protubérance annulaire et des pédoncules cérébraux; tuberculisation générale;* par M. Sanné (n° 146).

Archives de Physiologie normale et pathologique.

(2e année.)

1° *Recherches expérimentales et observations pathologiques sur les nerfs du goût*; par le Dr Lussana (nos 1 et 2).

Des expériences de Panizza, de Monti et de Morganti, auxquelles il a assisté comme élève ou ami, de celles qu'il a faites lui-même, et enfin des faits pathologiques qu'il a observés, le Dr Lussana se croit en droit de tirer les conclusions suivantes :

« 1° Le nerf lingual préside à la sensibilité générale et gustative de la partie antéricure de la langue ;

2° Le nerf glosso-pharyngien préside au goût dans la partie postérieure de la langue ;

3° La faculté gustative de la partie antérieure de la langue ne dépend pas des fibres propres de la cinquième paire, mais de fibres nerveuses d'une origine différente qui vont se joindre au nerf lingual ;

4° C'est la corde du tympan qui préside au goût dans la partie antérieure de la langue ;

5° Des deux variétés du goût, l'une provient de l'innervation de la partie postérieure de la langue par les glosso-pharyngiens, l'autre de l'innervation de la partie antérieure par les nerfs linguaux. »

2° *Observation d'ataxie locomotrice progressive; arthropathie de l'épaule gauche; autopsie*; par M. Charcot (n° 1).

Ne pouvant reproduire toutes les observations de cet excellent recueil, nous nous contenterons le plus souvent de donner le titre de celles qui se rapportent aux maladies du cerveau et de la moelle épinière.

3° *Glio-sarcomes de la pie-mère; compression et oblitération des artères sylviennes; ramollissement cérébral consécutif; autopsie*; par M. G. Hayem (n° 1).

4° *Nouvelles recherches sur l'épilepsie due à certaines lésions de la moelle épinière et des nerfs rachidiens*; par le Dr Brown-Séquard (nos 2, 3 et 4).

En raison de l'importance de ce travail, nous croyons devoir le reproduire intégralement :

« L'épilepsie est une affection si terrible et si difficile à guérir, chez l'homme, qu'il importe de recueillir avec le plus grand soin tous les faits capables de jeter du jour sur la pathogénie et sur le traitement de cette affreuse maladie. En conséquence, depuis l'année 1850, où j'ai trouvé que certaines lésions de la moelle épinière, chez les cobayes, peuvent produire une affection convulsive épileptiforme, je n'ai pas cessé de faire des recherches sur les nombreux animaux épileptiques que j'ai eu constamment à ma disposition. Pendant l'hiver de 1866-1867, après avoir fait subir à un très-grand nombre de cochons d'Inde les principales lésions qui produisent de l'épilepsie, j'ai eu l'occasion de faire beaucoup d'observations nouvelles que je n'ai encore fait connaître jusqu'ici que d'une manière très-brève, dans mon cours au collége médical de l'université de Cambridge (États-Unis) et dans deux communications récentes à l'Académie de médecine de Paris. Je me propose de donner ici, avec quelques détails, la plupart de ces observations ainsi que d'autres antérieures relatives à la physiologie de l'épilepsie.

I. — *Lésions qui produisent l'épilepsie chez les cobayes.*

Dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 21 janvier 1856 (1), j'annonçai que les lésions suivantes de la moelle épinière sont capables de causer cette affection :

1° Section transversale complète ou presque complète d'une moitié latérale ;

2° Section transversale simultanée des cordons postérieurs, des cornes grises postérieures et d'une partie des cordons latéraux ;

3° Section transversale soit des deux cordons postérieurs, soit des cordons latéraux, soit enfin des cordons antérieurs seuls ;

4° Section transversale complète ;

5° Une simple piqûre.

Tous les cochons d'Inde, sans exception, qui ont survécu plus de cinq ou six semaines à la première, à la seconde ou à la quatrième de ces lésions, dans une certaine région de la moelle épinière, ont été atteints d'épilepsie. Je puis donc répéter aujourd'hui ce que j'ai dit en 1856, qu'une section transversale

(1) Voyez les *Archives gén. de médecine.* Février 1856, vol. VII, p. 143.

complète du centre nerveux spinal, ou d'un peu plus de la moitié postérieure de cet organe, ou enfin d'une de ses moitiés latérales, produit *constamment*, chez les cobayes, après un certain temps, une affection convulsive épileptiforme, qui, ainsi que je le montrerai plus loin, a tous les caractères essentiels de l'épilèpsie chez l'homme.

Des trois grands cordons blancs de la moelle épinière, — les antérieurs, les latéraux et les postérieurs, — ce sont ces derniers surtout dont la section est capable de produire l'épilepsie. Mais les lésions limitées à l'une quelconque de ces parties ne sont pas très-souvent la cause d'une épilepsie *complète*.

La section de l'un ou de l'autre de ces cordons, d'un seul côté, est très-rarement suivie d'épilepsie complète ; il en est de même de la section transversale simultanée d'une des cornes grises postérieures et de quelques-unes des fibres des deux cordons blancs voisins. De plus, ainsi que je l'avais déjà trouvé, en 1856, une simple piqûre de la moelle épinière, surtout dans sa moitié postérieure, est capable aussi de produire l'épilepsie, même parfaitement complète.

Chez les cobayes qui ne deviennent pas épileptiques, après une lésion de la moelle épinière, il est extrêmement fréquent de voir quelques mouvements réflexes convulsifs à la face ou dans les membres non paralysés, sous l'influence d'irritations de certaines parties de la peau. Ces mouvements convulsifs sont semblables à ceux que l'on observe chez les cobayes qui doivent devenir épileptiques quelques jours ou une semaine avant l'apparition d'une attaque complète. On peut, conséquemment, considérer ces mouvements comme étant des attaques d'épilepsie incomplète.

II. — *Partie du système nerveux dont la lésion produit, toujours ou quelquefois, l'épilepsie chez les cobayes.*

Il est probable que presque toutes, sinon toutes les parties de la moelle épinière, depuis l'origine des premières paires de nerfs cervicaux jusqu'à la terminaison coccygienne de ce centre nerveux, sont capables de causer l'épilepsie après avoir reçu une plaie par incision. Mais c'est la partie étendue de la septième ou huitième vertèbre dorsale jusqu'à la seconde ou troisième lombaire, dont la lésion (si elle est de celles que j'ai indiquées ci-dessus comme capables de produire constamment

l'épilepsie) ne manque jamais de donner origine à cette affection. A partir de la troisième vertèbre lombaire jusqu'à sa terminaison coccygienne, la moelle épinière est de moins en moins capable de produire l'épilepsie.

Je ne puis pas dire si la partie de moelle épinière, qui donne naissance aux deux dernières paires cervicales et aux quatre premières paires dorsales, est capable ou non de produire l'épilepsie : les cochons d'Inde sur lesquels j'ai coupé une moitié latérale complète ou presque complète de ce centre nerveux, dans cette région, sont tous morts avant l'époque où l'épilepsie aurait pu se montrer.

La section de la moitié postérieure de la moelle épinière ou d'une de ses moitiés latérales, entre la seconde et la cinquième paires de nerfs à la région cervicale, lorsqu'elle ne cause pas la mort en moins de quatre ou cinq semaines, est très-souvent suivie d'épilepsie ; mais cette affection est rarement alors aussi complète que celle que l'on observe après les mêmes lésions des parties dorsale ou lombaire de la moelle dont j'ai parlé et dont le point central est à peu près au niveau de l'origine des nerfs des deux dernières paires dorsales.

Il ressort de ces faits que presque toutes les parties de la moelle épinière, considérée dans sa longueur, sont capables, à la suite d'une irritation par incision, de causer l'épilepsie chez les cobayes, mais que toutes ces parties, excepté celle ayant son point central dans l'endroit que je viens d'indiquer, ne possèdent que partiellement cette faculté d'engendrer l'épilepsie.

Quant au bulbe rachidien, je ne saurais dire si des lésions très-considérables de sa substance, chez ces animaux, produiraient toujours ou souvent l'épilepsie. La survie, après de telles lésions, est de trop peu de durée pour qu'il soit possible de résoudre cette question ; cependant j'ai souvent vu survivre pendant plusieurs mois des cobayes ayant eu une section transversale du corps restiforme, du cordon intermédiaire ou d'une des pyramides antérieures, et je n'ai jamais vu apparaître chez eux, dans les parties non paralysées, soit de simples mouvements convulsifs réflexes, soit l'épilepsie complète, à attaques spontanées ou provoquées. J'ai, dans le moment, près de moi sept cobayes sur lesquels le corps restiforme, d'un seul ou des deux côtés, a été coupé transversalement, au voisinage du bec du calamus. Excepté de l'anesthésie dans certaines parties et un peu d'hyperesthésie dans d'autres, ces animaux sont, en appa-

rence, en parfaite santé, sans paralysie du tronc ou des membres. Je n'ai jamais observé chez eux de convulsions spontanées et les irritations les plus vives de tous les points de la peau, à la tête, au cou et ailleurs, n'ont jamais déterminé de mouvements convulsifs épileptiformes ou autres. Ils ont été opérés, les uns depuis deux mois, les autres depuis cinq ou six mois.

J'ai bien souvent vu survivre des cochons d'Inde sur lesquels j'avais enlevé le V de substance grise du bec du calamus et une petite quantité de la substance grise environnante. Je n'ai jamais, excepté dans un seul cas, vu survenir d'affection convulsive à la suite de cette lésion. Mais dans le cas exceptionnel où une affection de cette espèce a existé, j'ai observé les attaques d'épilepsie complète les plus violentes que j'aie vues chez les cobayes. Cet animal, sur lequel j'avais enlevé la partie du bulbe rachidien, appelée nœud vital par Flourens, pendant l'une des leçons que j'ai faites au Collége royal des chirurgiens, à Londres, en mai 1858, n'est mort qu'accidentellement en septembre 1860. Il a eu, en moyenne, au moins six ou sept attaques par jour pendant l'année 1860. J'aurai l'occasion de dire plus loin que ces attaques différaient, à plusieurs égards, de celles des cochons d'Inde ayant eu la moelle dorsale ou lombaire lésée.

Les lésions des nerfs peuvent aussi causer l'épilepsie chez les cobayes. Deux fois j'ai observé cette affection après la section du nerf sciatique et je l'ai vu souvent survenir après la section des racines de quatre ou cinq des nerfs dorsaux d'un côté. Avais-je lésé la moelle épinière en faisant cette section de racines ? Il me semble absolument impossible qu'il en ait été ainsi dans tous les cas et je crois, conséquemment, pouvoir conclure que chez les cobayes la section des racines des nerfs spinaux peut causer l'épilepsie.

Les faits que je viens de mentionner empruntent beaucoup de valeur pour la démonstration d'une relation de causalité entre les lésions de la moelle épinière et d'autres parties du système nerveux, d'une part à l'apparition fréquente de l'épilepsie après ces lésions, et d'autre part à la non-existence de l'épilepsie spontanée, ou, du moins, à son extrême rareté dans l'espèce d'animal sur laquelle ces lésions produisent plus ou moins souvent cette névrose convulsive. Depuis trente ans j'ai eu, près de moi, un nombre considérable de cobayes (certainement plusieurs milliers) et je n'ai jamais observé chez eux

d'attaques d'épilepsie, excepté chez ceux ayant subi les lésions indiquées ou chez leurs descendants. Cela ne pourrait pas m'autoriser à déclarer que l'épilepsie idiopathique n'existe jamais dans cette espèce de mammifère ; mais cela suffit assurément à montrer, au moins, que l'épilepsie, si fréquente à la suite de certaines lésions de la moelle épinière, est bien la conséquence de ces lésions.

III. — *Époque d'apparition de l'épilepsie après les lésions de la moelle épinière, chez les cobayes.*

J'ai dit autrefois que c'est dans la troisième semaine après la lésion que se montre cette affection convulsive. Ceci est vrai, en général, pour l'apparition de simples convulsions réflexes ; mais l'épilepsie complète n'apparaît ordinairement que dans la quatrième ou même dans la cinquième semaine après l'opération. Quelquefois l'affection convulsive survient bien plus tôt : dans un cas, au bout de six jours seulement et dans quelques autres huit ou dix jours. Tous les animaux, sans exception, qui ont survécu suffisamment à l'une des lésions qui produisent constamment l'épilepsie complète, ont eu leur première attaque avant la fin de la huitième semaine.

Les animaux bien nourris et soumis à d'autres bonnes conditions hygiéniques sont atteints plus tard que ceux qui sont mal alimentés, exposés au froid, à l'humidité, etc.

Plus la lésion de la moelle épinière est considérable, plus, en général, l'épilepsie survient tôt.

Chez les très-jeunes cochons d'Inde, cette affection tarde, en général, un peu plus à paraître que chez ceux âgés de plus de 3 à 4 mois.

Autant que je puis le savoir, on peut provoquer une attaque avant l'existence d'attaques spontanées : du moins je n'ai jamais vu, depuis dix-neuf ans, d'attaque spontanée chez un cobaye n'ayant eu déjà, depuis un temps assez long (un mois au moins), des attaques provoquées.

IV. — *Parties de la peau dont l'irritation est capable de produire une attaque d'épilepsie, chez les cobayes ayant subi une lésion de la moelle épinière.*

Comme il n'y avait pas lieu de prévoir ou même de supposer qu'une partie spéciale de la peau, à une distance assez grande

et en avant du lieu de la lésion au rachis, était seule capable, lorsqu'on l'irrite, de causer une attaque d'épilepsie, j'ai cru pendant quelque temps que la provocation de l'attaque venait de l'irritation du membre hyperesthésié après la section d'une moitié latérale de la moelle aux environs de la dixième vertèbre dorsale. Il était très-naturel de faire cette supposition : en effet, pour provoquer l'attaque, je tenais l'animal de la main gauche, ayant un ou deux de mes doigts touchant la face et le cou, et je pinçais le membre hyperesthésié ; il y avait une vive douleur et une très-grande agitation de l'animal produisant des frictions de la peau de la face et du cou, c'est-à-dire une irritation des seules parties réellement capables de causer l'attaque. Quand celle-ci avait lieu, dans ces conditions, il paraissait évident que c'était l'irritation du membre hyperesthétique qui l'engendrait. Mais après que j'eusse trouvé que l'attaque se montrait aussi, lorsque je tenais de la même manière un cobaye ayant eu une section transversale complète de la moelle dorsale et chez lequel, conséquemment, il n'y avait aucune sensibilité dans le train postérieur dont l'irritation ne produisait que des mouvements réflexes, il devint évident que ma première opinion était fausse. Je fus alors conduit à chercher quelles étaient les parties du train antérieur dont l'irritation causait l'attaque et je ne tardai pas à constater que la face était l'une de ces parties. Je poussai bientôt plus loin mes recherches à ce sujet et je trouvai : 1° que c'est du côté seulement d'une lésion unilatérale de la moelle épinière que certaines portions de peau acquièrent la faculté de causer une attaque d'épilepsie lorsqu'on les irrite ; 2° que ces portions de peau sont celles d'une partie de la face et du cou ; 3° que les nerfs qui se rendent à ces portions de peau viennent du trijumeau et de la seconde et de la troisième paires des nerfs rachidiens.

D'après mes dernières recherches à ce sujet, qui confirment ce que j'avais déjà brièvement annoncé, en 1856, à l'Académie de médecine, la zone de peau dont l'irritation produit une attaque, dans les cas où l'épilepsie a été causée par la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, a pour limites des lignes légèrement courbes qui circonscrivent un espace ovalaire ayant, chez un cobaye adulte, environ 5 centimètres de longueur et 3 centimètres 1/2 ou 3/4 de largeur ; nous circonscrivons cet espace. Si nous tirons une ligne de l'angle palpébral antérieur à la saillie de l'os maxillaire supérieur qui limite en bas la fosse sous-orbitaire ; de là au milieu

de la mâchoire inférieure; de ce point, en passant au-dessous de l'angle de la mâchoire, à l'articulation scapulo-humérale ; de là en remontant le long du bord antérieur de l'omoplate jusqu'au milieu de sa longueur ; de ce dernier point à l'attache du lobule de l'oreille et enfin de là au point de départ, l'angle palpébral antérieur, passant au-dessous et assez près du bord de la paupière inférieure.

Toutes les autres parties du corps, y compris les portions hyperesthétiques de la peau en arrière du siége de l'hémisection du centre nerveux spinal, peuvent être irritées sans qu'il se produise d'accès, sans même qu'il y ait ces mouvements convulsifs de la face, de la tête et des yeux qui se montrent souvent lorsqu'on se borne à irriter très-légèrement la zone capable de causer l'attaque.

A la tête et au cou, on peut, sans produire une attaque de convulsions, irriter très-fortement la peau ou la muqueuse, au nez, aux lèvres, à la langue, à la conjonctive, à la paupière supérieure, au bord de la paupière inférieure, dans l'espace compris entre les yeux, entre les oreilles, entre les omoplates et la tête et aussi entre les deux mâchoires inférieures (excepté dans une très-minime partie le long du maxillaire inférieur). Il n'y a donc, je le répète, que la zone de peau, à la tête et au cou, dont j'ai donné les limites, qui soit capable, sous l'influence d'une irritation forte ou faible, de produire une attaque d'épilepsie chez les cobayes ayant subi la lésion indiquée.

Dans les cas où la moelle épinière a été entièrement ou presque entièrement coupée en travers, il n'en est pas toujours de même. Le plus souvent, au contraire, en outre de la zone délimitée ci-dessus, et qui des deux côtés, dans ces cas, a la puissance de causer des attaques, il y a d'autres parties de la peau possédant la même faculté. La peau, entre la zone de droite et celle de gauche qui recouvre les quatre dernières vertèbres cervicales et surtout la portion comprise entre les deux omoplates, a aussi le pouvoir de causer soit des attaques complètes d'épilepsie, soit des accès de convulsion de quelques muscles de la face, du cou et des membres antérieurs. Cette zone, intermédiaire aux deux autres, s'étend quelquefois en arrière jusqu'au voisinage de la cicatrice de la peau, à l'endroit où elle a été incisée et où le canal vertébral a été ouvert pour permettre de couper la moelle. J'ai même quelquefois vu survenir une attaque après l'irritation de la cicatrice ; mais, comme chez les mêmes animaux où j'ai observé ce fait, je n'ai pas pu

le reproduire dans nombre d'autres expériences ; il est possible que ce soit le tiraillement opéré sur les parties de peau antérieures à la cicatrice qui ait causé l'attaque par l'irritation de ces parties dont l'excitabilité est excessive.

Lorsque la lésion, consistant en une section transversale des parties postérieures de la moelle épinière des deux côtés, est plus considérable d'un côté que de l'autre, on trouve très-souvent qu'un seul côté de la face et du cou est capable de produire une attaque. La zone de peau qui acquiert cette propriété morbide se trouve toujours, dans ce cas, du côté où la moelle a été le plus profondément lésée. Quelquefois, alors, en outre de cette zone limitée à un côté du cou et de la face, des portions de peau, appartenant à la zone intermédiaire dont j'ai parlé tout à l'heure et qui s'étend des deux côtés de la ligne médiane aux régions cervicale et dorsale, sont aussi capables de causer l'attaque. C'est surtout la portion comprise entre les deux omoplates qui possède cette faculté.

Il arrive aussi quelquefois qu'une lésion des deux tiers postérieurs de la moelle épinière des deux côtés, donne aux deux côtés de la face et du cou la puissance de produire l'attaque, comme cela a lieu quand ce centre nerveux a été coupé transversalement dans toute son épaisseur. Mais il y a cette différence entre ces deux cas, que dans le premier la zone intermédiaire dont j'ai parlé n'acquiert généralement pas la propriété de causer l'attaque, tandis que dans le second cas, au contraire, ceci a peut-être lieu constamment.

Dans la zone de peau à la face et au cou capable de causer l'attaque, les points qui semblent les plus excitables à cet égard se trouvent à l'angle de la mâchoire, au-dessous de l'œil et au milieu du bord antérieur de l'omoplate.

V. — *Des nerfs qui se rendent à la zone de peau capable de causer une attaque d'épilepsie.*

Chez les cobayes ayant subi une section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, cette zone de peau reçoit des ramifications de plusieurs nerfs : un nerf crânien, le trijumeau et quelques-unes des paires cervicales. Des trois grandes branches du trijumeau il en est une, l'ophthalmique, qui ne fournit pas de rameaux à cette zone ; les deux autres lui en donnent, surtout par le sous-orbitaire et l'auriculo-temporal. Quant aux nerfs cervicaux, ce sont surtout les branches pos-

térieures de la deuxième, de la troisième et de la quatrième paire qui envoient des ramifications à cette zone.

Ainsi que je l'ai dit, lorsque la lésion consiste en une section transversale complète ou presque complète de la moelle épinière, il y a, en outre de la zone ordinaire, à la face et au cou des deux côtés, une zone de peau sur les dernières vertèbres cervicales et une partie des vertèbres dorsales, capable aussi de causer une attaque lorsqu'on l'irrite. Les rameaux nerveux qui se distribuent à cette zone nouvelle de peau, viennent presque entièrement des branches postérieures des nerfs spinaux, dans une partie des régions cervicale et dorsale.

C'était mon intention, en commençant ce mémoire, d'exposer surtout les résultats de mes recherches sur la production de l'épilepsie, par diverses lésions de la moelle épinière; mais les faits nouveaux que j'ai trouvés, relativement à l'influence de la section de certaines racines psinales et du nerf sciatique, sont tellement liés au sujet principal de ce mémoire, que leur exposition ne pouvait en être séparée.

J'ai dit, dans la première partie de ce travail, que j'avais observé deux fois l'épilepsie chez des cobayes ayant eu le nerf sciatique coupé, et que j'avais vu souvent survenir cette affection après la section des racines des quatre ou cinq derniers dorsaux, d'un côté. Après les premières communications relatives à l'épilepsie, que j'ai faites à l'Académie de médecine, le 5 et le 12 janvier 1869, j'ai été conduit par l'examen des objections qui m'ont été faites par quelques membres de l'Académie à de nouvelles expériences sur les effets de la section des nerfs rachidiens et de plusieurs autres lésions du système nerveux. Avant de reprendre ici l'exposé des faits relatifs à la production de l'épilepsie par une lésion de la moelle épinière, je vais rapporter les résultats de ces nouvelles expériences et surtout les particularités les plus intéressantes concernant l'épilepsie causée par la section ou l'irritation du nerf sciatique.

VI. — *Production de l'épilepsie par la section du grand nerf sciatique ou du nerf poplité interne, ou par celle des racines postérieures des nerfs du membre abdominal chez les cobayes.*

A l'époque où j'ai vu, chez deux cochons d'Inde, des attaques spontanées d'épilepsie survenir à la suite de la section

du nerf sciatique, je n'avais pas encore trouvé que l'on peut, chez des animaux rendus épileptiques par une lésion de la moelle épinière, produire l'attaque à volonté par l'irritation de la partie de peau que j'ai cru devoir nommer, récemment, *zone épileptogène*. J'avais eu sous les yeux tant de cochons d'Inde dont le nerf sciatique avait été coupé, et chez lesquels je n'avais pas observé d'attaques spontanées d'épilepsie, que je n'avais attaché aucune importance à l'existence de cette affection chez les deux animaux dont je viens de parler.

J'étais même si peu disposé à considérer la section d'un nerf (opération que l'on sait avoir été faite quelquefois, avec succès, chez l'homme, pour la guérison de l'épilepsie) comme pouvant produire une affection épileptiforme, que jusqu'à l'époque récente où j'ai trouvé qu'une affection de ce genre paraît être une conséquence constante de la section du grand nerf sciatique, j'avais cru que chez les cobayes dont j'ai parlé et qui sont devenus épileptiques après cette section, c'était à une inflammation du membre, causée par les ulcérations consécutives à l'opération, qu'était due cette affection. Admettre que la section d'un nerf pouvait causer l'épilepsie était, en effet, une supposition qui m'aurait paru (si je l'avais faite) absolument contraire à l'idée que j'avais et que j'ai encore, du mode de production de cette affection après une lésion de la moelle épinière. Je croyais, et je crois encore, qu'après cette lésion une irritation persistante engendre, dans quelques parties de la base de l'encéphale, et à la face et au cou, une altération de nutrition à laquelle est due l'épilepsie. J'avais bien, il est vrai, trouvé que la section des racines des dernières paires des nerfs dorsaux cause souvent (sinon toujours) l'épilepsie; mais je m'expliquais la production de cette affection dans ce cas par une irritation, persistant pendant plusieurs jours au moins, dans les fibres des racines postérieures coupées. On trouve, en effet, une différence radicale entre les fibres nerveuses sensitives, ou mieux à action centripète, des racines postérieures, si on les compare aux fibres à action centripète dans le tronc d'un nerf. On sait que le bout central des racines postérieures coupées s'altère rapidement après la section, tandis que les fibres à action centripète dans le bout central d'un nerf coupé ne paraissent pas s'altérer.

Je n'ai donc pas été conduit théoriquement à la découverte du fait que l'épilepsie paraît être toujours produite par la section du nerf sciatique chez les cobayes. J'y suis arrivé en re-

cherchant si de vives irritations du cerveau et des nerfs produiraient une affection convulsive. Pour cela, chez un grand nombre de cobayes, j'ai coupé, après avoir irrité par l'écrasement entre les mors d'une pince, ou par un fort tiraillement, le nerf crural, le grand ou le petit nerf sciatique, les nerfs poplités interne ou externe, enfin deux des nerfs du plexus brachial. Dans d'autres expériences, j'ai piqué l'encéphale ou j'ai blessé diverses parties du tronc ou des membres.

Jusqu'ici, de ces diverses vivisections, la section du grand nerf sciatique ou celle du poplité interne sont les seules qui ont produit l'épilepsie. Peut-être les expériences n'ont-elles pas été assez multipliées sur d'autres nerfs et, en particulier, sur les gros nerfs du plexus brachial. La question sera, du reste, bientôt décidée, parce que je viens de soumettre un grand nombre de cobayes à la section ou à l'irritation violente de presque tous les nerfs de ce grand plexus, ou à l'amputation d'un des membres antérieurs.

Quoi qu'il en soit de ce que nous apprenions à l'avenir à cet égard, il n'en est pas moins certain, jusqu'à présent, d'après les diverses expériences que je viens de mentionner :

1° Que la section du grand nerf sciatique et celle du poplité interne sont les seules sections de nerfs qui aient causé l'épilepsie ;

2° Que l'épilepsie a été produite chez tous les cobayes (au nombre de dix-sept), sur lesquels le nerf sciatique a été coupé.

Jusqu'ici donc, il semble certain que la section du nerf sciatique, de même que la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, dans la portion comprise entre la septième ou huitième vertèbre dorsale et la troisième ou quatrième lombaire, produit toujours l'épilepsie chez les cobayes.

Je ne sais pas encore s'il en est de même de la section du nerf poplité interne. Les trois seuls animaux que j'ai soumis à cette expérience, depuis un temps suffisamment long pour que l'épilepsie ait pu se montrer, sont devenus épileptiques ; mais leur nombre est insuffisant pour permettre de tirer du résultat obtenu une autre conclusion que celle-ci : — Il est possible que la section de ce nerf ait la même puissance que celle du grand sciatique pour produire l'épilepsie.

L'apparition d'attaques d'épilepsie a lieu, en général, très-rapidement après la section du nerf sciatique. En moyenne, sur onze des animaux que j'ai soumis à cette expérience, j'ai observé la première attaque le quinzième jour après l'opération.

Les chiffres individuels ont été les suivants : un le huitième jour, un le neuvième, un le treizième, un le quatorzième, deux le quinzième, deux le seizième, un le dix-septième, un le dix-huitième, un le vingt et unième.

Chez les trois animaux épileptiques par suite de la section du nerf poplité interne, la première attaque complète a eu lieu chez l'un le treizième jour, chez un autre le dix-septième, et chez le troisième le vingtième jour, c'est-à-dire à peine plus tard en moyenne qu'après la section du tronc sciatique.

Jusqu'ici, aucun des vingt cobayes rendus épileptiques par la section du nerf sciatique ou celle du nerf poplité interne n'a eu, à ma connaissance, d'attaque spontanée. Il semble donc que chezeux, de même que chez ceux qui sont devenus épileptiques par suite d'une lésion de la moelle épinière, on peut provoquer des attaques longtemps avant que l'affection soit devenue assez intense pour que des attaques spontanées aient lieu (1).

Longtemps avant l'apparition du premier accès complet d'épilepsie, il y a des phénomènes réflexes convulsifs, constituant une attaque incomplète ou mieux un commencement d'attaque. Dès le troisième jour après l'opération, dans deux cas, et entre le cinquième et le neuvième jour, dans les autres, les premiers phénomènes convulsifs réflexes se sont montrés.

L'irritation, par le pincement, de la partie de la peau qui sera plus tard la zone épileptogène, est d'abord suivie d'une légère torsion latérale du corps et surtout du cou, mouvement qui fait rapprocher la tête du bassin du côté de la section du sciatique. En même temps que le cou et le tronc se courbent ainsi en arc, le membre postérieur exécute très-rapidement une série de mouvements qui ressemblent beaucoup à ceux que l'animal ferait, si une vive démangeaison au cou le conduisait à se gratter. De plus, l'œil se ferme et quelques contractions des mus-

(1) Il n'est pas douteux pour moi que ceux de ces animaux que je ne sacrifierai pas avant un ou deux mois, auront des attaques spontanées. Ma conviction est fondée sur les trois raisons suivantes :

1° L'apparition constante d'attaques spontanées chez tous les cobayes qui ont eu des attaques provoquées après une lésion de la moelle épinière ;

2° L'observation d'attaques spontanées chez tous les cobayes ayant eu une section des racines de 4 ou 5 paires de nerfs spinaux d'un côté ;

3° Enfin, l'observation d'attaques spontanées sur trois cochons d'Inde, ayant eu le nerf sciatique coupé.

cles de la face, surtout des lèvres (toujours du côté correspondant à la section), ont aussi lieu.

Ces contractions musculaires du membre postérieur, du tronc, de la face et de l'orbiculaire palpébral, du côté de la section du sciatique ou du poplité interne, prennent de plus en plus un caractère franchement convulsif. Leur intensité et leur durée après l'irritation augmentent aussi graduellement jusqu'au jour où une attaque complète a lieu. Je décrirai plus loin les phénomènes des accès complets d'épilepsie chez les cobayes ayant eu une section du nerf sciatique ou de sa principale branche, le poplité interne, me bornant à dire maintenant que les trois caractères essentiels de l'épilepsie se trouvent chez ces animaux, à savoir : 1° des mouvements convulsifs généraux, alternativement toniques et cloniques ; 2° perte de connaissance ; 3° un état de stupeur plus ou moins profond après les convulsions.

Reprenant récemment les expériences que j'avais faites, en 1855, sur les racines des dernières paires des nerfs dorsaux, expériences qui m'avaient conduit à trouver que cette lésion produit souvent l'épilepsie chez les cochons d'Inde, j'ai constaté que non-seulement la section de ces racines, mais aussi celle des racines postérieures des nerfs lombaires servant à former le nerf sciatique, peut causer l'épilepsie. Les détails de ces expériences, que je donnerai plus loin, montreront qu'il y a une ressemblance considérable, et même presque une identité parfaite, entre les phénomènes épileptiformes que l'on observe après la section de ces racines spinales, celle du nerf sciatique et celle d'une moitié latérale de la moelle épinière.

VII. — *Description comparative des effets immédiats et de quelques-uns des effets tardifs de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière et de ceux qu'on observe après la section du nerf sciatique.*

Il existe une très-remarquable ressemblance entre les phénomènes que l'on peut observer immédiatement après la section du nerf sciatique et ceux qui se montrent aussitôt après une hémisection latérale de la moelle épinière. Je me bornerai à mentionner brièvement ici les analogies principales que j'ai constatées entre ces premiers effets des deux lésions, que je compare l'une à l'autre, me proposant d'en donner une étude complète dans un mémoire spécial.

Analogies entre les effets immédiats de la section du nerf sciatique et ceux d'une hémisection latérale de la moelle épinière. —Les premiers phénomènes dont je parlerai s'observent à la face, du côté correspondant à une lésion de la moelle épinière ou à la section du nerf sciatique. Voici ce que je disais, en 1858, à l'égard de la première de ces lésions : « J'ai vu, quelques minutes après la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, à la partie inférieure de la région dorsale, sur des cochons d'Inde, survenir un clignement convulsif d'une grande fréquence dans le côté correspondant à la section. Très-souvent aussi des convulsions surviennent dans les muscles de la face de ce côté. Ce clignement et ces convulsions ne sont pas des effets directs de l'excitation causée par la section, car ils ne se montrent pas immédiatement après l'opération. Leur durée, leur intensité et leur fréquence varient notablement. En général, ils cessent en quelques heures. Mais un autre phénomène les remplace : c'est une augmentation, quelquefois considérable mais peu durable, de la sécrétion du mucus nasal, du côté de l'opération. » En outre de ces faits, il n'est pas rare de voir l'œil, du côté de la lésion de la moelle, se remplir de larmes, soit que l'issue ordinaire de ce fluide soit obturée par une contraction musculaire, soit que la sécrétion lacrymale soit augmentée.

Tous ces phénomènes s'observent aussi, assez souvent, après la section du nerf sciatique. J'ai même vu, chez un cobaye ainsi opéré, le blépharospasme ou clignement convulsif durer plus de vingt-quatre heures.

Une influence morbide se propage donc immédiatement ou presque immédiatement, du lieu de la lésion (au nerf sciatique ou à la moelle) au centre d'origine du nerf facial et probablement aussi de quelques portions du trijumeau, ou, ce qui est bien moins probable, de ces points d'irritation première à travers le centre céréhro-rachidien, sur diverses parties de la face, également dans l'une comme dans l'autre des expériences que je compare.

D'autres particularités très-intéressantes s'observent aussi presque aussitôt, sinon aussitôt, que l'on a coupé ou le nerf sciatique ou une moitié latérale de la moelle épinière. Ainsi, dans le cas d'une hémisection latérale de ce centre nerveux, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, il y a, comme on sait, élévation de température, hyperesthésie et paralysie du côté et en arrière de la section, et anesthésie du côté opposé. Les mêmes phénomènes (à un bien

moindre degré, il est vrai) se montrent après la section du nerf sciatique : ainsi, indépendamment de la paralysie et de l'élévation de température dans les parties où se distribuent les filets du nerf sciatique, on observe (mais à un degré très-peu considérable) les mêmes symptômes avec un peu d'hyperesthésie, à la moitié inférieure de l'abdomen, du côté correspondant, tandis que, de l'autre côté, à l'abdomen et au membre abdominal, il y a un peu d'anesthésie.

En outre, j'ai trouvé récemment que la section d'une moitié latérale de la moelle épinière à la région dorsale, chez des femelles de cochon d'Inde, dans la période de grande activité de la sécrétion laiteuse, produit un changement rapide de cette sécrétion, en sens inverse dans les deux mamelles : augmentation du côté correspondant et diminution du côté opposé. A cet égard aussi, la section du nerf sciatique ressemble à l'hémisection latérale de la moelle épinière ; mais ici encore l'influence est plus considérable dans ce dernier cas que dans le premier.

Anesthésie, altération de nutrition et faculté épileptogène dans une certaine portion de peau, après la section du nerf sciatique, comme après l'hémisection latérale de la moelle épinière. — Passant maintenant aux effets qui se montrent plus ou moins tardivement, après les deux lésions que j'étudie comparativement, je rapporterai, avant de parler des phénomènes épileptiformes, quelques particularités dignes d'attention qui sont en harmonie avec d'autres faits démontrant que la circulation et la nutrition sont modifiées dans la zone de peau que j'ai appelée *épileptogène*, à cause de la faculté qu'elle possède de provoquer une attaque d'épilepsie lorsqu'on l'irrite.

En premier lieu, je dirai que j'ai constaté depuis longtemps que, contrairement à ce que beaucoup de personnes auraient pu supposer, la sensibilité de cette zone de peau, à la face et au cou, est notablement diminuée. Cette anesthésie partielle commence déjà à se montrer quelques jours après les deux lésions dont je m'occupe, et elle augmente graduellement et lentement pendant le premier mois, atteignant bientôt après son maximum. Après la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, entre la dixième vertèbre dorsale et la quatrième lombaire, je me suis assuré que cette anesthésie (incomplète mais considérable) persiste tant que dure la vie de l'animal. J'en ai un maintenant sous les yeux, chez lequel les quatre cinquièmes postérieurs des deux côtés de la moelle

épinière, au niveau de la dixième vertèbre dorsale, ont été coupés en travers depuis le mois d'août 1868. Le pincement de la face qui, chez lui, ne produit une attaque d'épilepsie que lorsqu'on le pratique nombre de fois, est si peu senti, qu'il s'agite à peine et ne crie que très-rarement, lors même que ce pincement est très-violent, tandis qu'une irritation bien moindre de la peau des pattes antérieures le fait presque toujours crier.

Chez les cobayes ayant eu le sciatique coupé, l'anesthésie de la zone épileptogène est aussi prononcée que chez ceux qui ont eu une hémisection latérale de la moelle. Il n'est pas facile, pourtant, de s'en assurer, lorsque l'attaque d'épilepsie se produit aisément ; mais, même dans ce cas, si l'on provoque rapidement une série d'attaques, de manière à épuiser en grande partie la propriété épileptogène de la peau et du centre nerveux, on peut s'assurer, en pinçant comparativement la face et le cou des deux côtés, que la sensibilité est bien moindre du côté de la section du nerf sciatique que de l'autre.

Depuis longtemps déjà, j'ai trouvé que les poux s'accumulent en très-grand nombre sur la zone épileptogène, chez les cobayes ayant eu une hémisection latérale de la moelle épinière. Je me suis bien des fois demandé si le fait que l'animal ne peut plus guère, ou ne peut aucunement, se gratter la peau de cette zone, à cause de la paralysie plus ou moins complète du membre abdominal du côté correspondant, ne suffit pas pour expliquer cette accumulation de parasites. Mais, d'une part, la paralysie est quelquefois très-légère ou disparaît même presque entièrement après quelques mois et, pourtant, les poux affluent dans la zone épileptogène tout autant que si l'animal ne pouvait aucunement s'y gratter ; et, d'une autre part, les poux ne s'accumulent guère ou nullement dans des parties de la tête ou du cou, au voisinage, mais en dehors de la zone épileptogène, bien qu'il soit quelquefois impossible aux cochons d'Inde qui les portent de s'y gratter. Il semble donc que c'est par suite d'un changement dans la peau de cette zone que ces parasites y affluent en si grand nombre. Quoi qu'il en soit à cet égard, le même fait existe, et au même degré, aussi bien chez les cobayes ayant eu le nerf sciatique coupé que chez ceux dont la moelle épinière a été lésée.

Il y a donc une série d'effets plus ou moins semblables, à la suite des deux sortes de lésions que je compare. Mais aucun de ces effets n'a autant d'importance et d'intérêt que ceux dont je vais parler.

J'ai déjà dit bien souvent que l'épilepsie, avec ses caractères essentiels, apparaît à la suite de la section du nerf sciatique ou de ses racines, ou de sa principale branche, de même qu'après l'hémisection de la moelle épinière. J'ai dit aussi et répété que dans les deux cas (section du sciatique ou de la moelle), une portion de la peau du cou et de la face acquiert la faculté de produire une attaque d'épilepsie lorsqu'on l'irrite. Ainsi donc il y a parfaite analogie entre ces deux sortes de lésion quant aux particularités fondamentales, à savoir: 1° production d'épilepsie; 2° production de la faculté épileptogène dans une certaine partie. Je vais maintenant examiner comparativement quelques points de l'histoire physiologique et pathologique de cette zone de peau, dans les cas de lésion de la moelle épinière et de section du nerf sciatique.

Des limites de la zone épileptogène après la section du nerf sciatique et celle d'une moitié latérale de la moelle épinière. — Y a-t-il identité parfaite entre les cochons d'Inde soumis à ces deux lésions, quant aux limites de la zone épileptogène? J'ai cru, pendant quelque temps, qu'il fallait répondre affirmativement à cette question; mais, après de très-nombreuses expériences, j'ai constaté que cette zone est, en général, plus étendue chez les animaux ayant eu le nerf sciatique coupé que chez ceux ayant eu une lésion de la moelle épinière. Les détails suivants montrent quelles sont ces différences :

1° En arrière, chez les animaux ayant eu le sciatique coupé, la zone, au lieu d'être limitée par le bord antérieur de l'omoplate, comme on le trouve en général après la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, s'étend jusqu'au bord postérieur de cet os et même quelquefois un peu plus loin.

2° En haut, au cou, la limite, chez les épileptiques par section du sciatique, arrive presque à la ligne médiane, tandis que chez ceux ayant eu une hémisection latérale de la moelle épinière, cette limite est marquée par une ligne s'étendant de l'angle antéro-supérieur de l'omoplate à l'oreille.

3° Le rebord de la paupière inférieure n'est pas compris dans la zone épileptogène, chez les cobayes ayant eu une section transversale de la moitié latérale de la moelle. Il en est de même chez ceux dont le nerf sciatique a été coupé; mais chez ces derniers, la peau de la tête, entre l'oreille, l'œil et la ligne médiane, est douée de la propriété épileptogène, à part cependant le rebord de la paupière supérieure; il n'en est pas ainsi

chez les épileptiques par suite de lésion d'une moitié latérale de la moelle épinière.

4° Au voisinage de la narine et des lèvres, la zone épileptogène s'étend aussi davantage dans l'épilepsie due au sciatique que dans celle due à la moelle : le rebord des lèvres et de la narine restant seul incapable de causer une attaque.

5° Au lieu d'avoir pour limite inférieure de la zone épileptogène le bord du maxillaire, comme les animaux ayant eu la moelle épinière lésée d'un côté, les épileptiques par section du sciatique ont une portion au moins de la zone de peau qui s'étend de ce bord à la ligne médiane, capable de donner lieu à l'attaque.

Ainsi que le montrent ces détails, la zone épileptogène est, en général, plus considérable après la section du nerf sciatique qu'après celle d'une moitié latérale de la moelle épinière. Mais quelques mois après cette dernière lésion, on trouve très-souvent cette zone élargie et entièrement semblable à celle que l'on peut observer, presque aussitôt après l'apparition de l'épilepsie, chez les cobayes dont on a coupé le nerf sciatique.

Des parties de peau douées de la propriété épileptogène chez les cobayes ayant eu le nerf sciatique coupé des deux côtés. — Après cette double lésion, non-seulement on trouve à la face et au cou, des deux côtés, la zone épileptogène qui existe d'un côté seulement, après la section d'un sciatique, mais encore, à l'exception des oreilles et d'une très-petite partie des lèvres, des narines et de la nuque, cette zone s'étend à la totalité de la tête et du cou sur les côtés, ainsi qu'en avant et en arrière. De plus, presque toute la portion de peau animée par les branches postérieures des dernières paires cervicales et des huit, neuf ou dix premières paires dorsales, possède la faculté épileptogène. Il y a donc, à cet égard aussi, une grande ressemblance entre les cobayes aux deux sciatiques coupés et ceux ayant subi une lésion considérable des deux moitiés latérales de la moelle épinière, au niveau de l'origine d'une des dernières paires dorsales ou des premières lombaires. Je disais, en effet, dans la première partie de ce travail, à l'égard des cobayes soumis à cette dernière lésion : « La peau, entre la zone de droite et celle de gauche, qui recouvre les quatre dernières vertèbres cervicales et surtout la portion comprise entre les deux omoplates, a aussi le pouvoir de causer soit des attaques complètes d'épilepsie, soit des accès de convulsions de quelques muscles... Cette zone, intermédiaire aux

deux autres, s'étend quelquefois (j'aurais dû dire très-souvent) en arrière jusqu'au voisinage de la cicatrice de la peau, à l'endroit où elle a été incisée et où le canal vertébral a été ouvert pour permettre de couper la moelle.»

J'ai sous les yeux deux cochons-d'Inde qui ont eu, d'un côté, la section du nerf sciatique, et de l'autre, celle d'une moitié latérale de la moelle épinière, au niveau de la onzième vertèbre dorsale. La zone épileptogène est la même des deux côtés, et elle s'étend en arrière jusqu'à la huitième ou neuvième vertèbre dorsale.

De ces comparaisons on peut donc conclure que la section du sciatique produit, en général, le même effet que les lésions de la moelle épinière, quant à l'étendue des parties de peau douées de la faculté épileptogène.

Nerfs qui se distribuent à la zone épileptogène. — J'ai dit dans la première partie de ce travail que, chez les cobayes ayant subi la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, cette zone reçoit des ramifications de nerfs dont l'un (le trijumeau) diffère beaucoup des autres quant à son origine. Le même fait s'observe après la section du nerf sciatique. Dans ce dernier cas, comme après une lésion de la moelle épinière, ce sont surtout les nerfs sous-orbitaire et auriculo-temporal qui, à la face, fournissent des ramifications à la zone épileptogène. Il y a ressemblance aussi dans les deux cas pour les nerfs qui animent cette zone au cou : ces nerfs sont surtout les branches postérieures des deuxième, troisième et quatrième paires cervicales.

Dans le cas de la section des deux nerfs sciatiques, de même que dans celui d'une lésion des deux moitiés latérales de la moelle épinière, les rameaux nerveux qui, en outre des précédents, se distribuent à la zone épileptogène, viennent des branches postérieures des nerfs spinaux (cervicaux et dorsaux).

Conclusion générale de ce paragraphe.— Il ressort des faits très-divers que je viens d'exposer, que la section de l'un ou des deux nerfs sciatiques détermine, comme la section transversale de l'une ou des deux moitiés latérales de la moelle épinière, une série d'effets, immédiats ou plus ou moins tardifs, essentiellement semblables dans les deux cas. La particularité la plus remarquable parmi ces effets se trouve dans la coexistence, dans les mêmes portions de peau, d'une diminution de sensibilité avec la faculté morbide de produire des attaques d'épilepsie sous l'influence d'une irritation.

VIII. — *Phénomènes de l'attaque complète d'épilepsie, dans les cas de section du nerf sciatique ou de lésion de la moelle épinière.*

A part les mouvements du membre abdominal où le nerf sciatique est coupé, les phénomènes d'une attaque complète chez les cobayes ayant subi cette opération sont absolument identiques à ceux que l'on observe chez ceux dont la moelle épinière a été lésée. Dans les deux cas, l'accès complet débute comme un accès incomplet.

Supposons que la lésion existe à droite ; voici ce qu'on observe : la tête est entraînée latéralement vers le tronc, à droite, le globe oculaire de ce côté est tiré en bas et en arrière, les paupières se ferment, et l'angle des lèvres se rapproche de l'oreille du même côté. A peine ces contractions toniques ont-elles eu lieu, que les muscles du front se contractent aussi à droite. Une ou deux secondes après, la tête se renverse convulsivement de façon que le museau regarde à gauche, le côté droit de la face regardant en bas et le côté gauche en haut (le corps de l'animal étant dans la position normale). C'est alors que la perte de connaissance a lieu.

En même temps, les muscles du côté gauche du corps entrent en contraction tonique, le tronc se courbant en arc de ce côté, tandis que le membre postérieur est pris de mouvements très-rapides de flexion et d'extension. Après deux ou trois secondes, rarement plus, la tête et le tronc se redressent, et si l'attaque est violente, tous les muscles du corps, excepté ceux qui sont paralysés, sont pris de secousses convulsives ou de contractions toniques. La mâchoire inférieure est entraînée violemment vers le sternum et la bouche reste très-largement ouverte. Un cri rauque et guttural se fait souvent entendre à ce moment. La langue est rétractée spasmodiquement ; les yeux sont convulsivement fermés, les membres antérieurs, fortement étendus, vibrent d'avant en arrière avec une rapidité prodigieuse ; la tête se secoue avec violence d'un côté à l'autre ; la respiration est souvent arrêtée par un spasme des muscles thoraciques et, quelquefois, il y a évacuation d'urine, de matières fécales ou même de sperme (j'ai observé quatre fois ce dernier fait).

Dans certains cas, l'attaque cesse ou s'interrompt par une détente générale et subite des muscles contractés. La respiration reparaît, haletante et précipitée. D'autres fois, surtout lors-

que l'attaque n'a pas été extrêmement violente et que la respiration n'a pas été complétement suspendue, la tête est entraînée à gauche (toujours en supposant que la lésion est à droite) et une nouvelle attaque commence, comme si c'était le côté gauche qui était celui de la lésion.

Le plus souvent, une série d'attaques légères succède à la première attaque immédiatement, comme dans ces derniers cas, ou après 8, 10, 15 secondes, comme dans les premiers cas.

Il n'est pas rare que pendant quelques minutes après la dernière attaque, l'animal soit pris de convulsions toniques ou cloniques d'un certain nombre de muscles, soit au tronc, soit au cou, soit à la tête, soit enfin dans les membres. Le corps alors quelquefois se tourne en vrille ou en arc.

Si lorsque l'attaque première a lieu, l'animal est laissé sur ses membres, il tombe au moment où les convulsions commencent dans le côté du corps opposé à celui de la lésion. C'est à ce moment aussi que la perte de connaissance a lieu.

Lorsque l'on a coupé les deux nerfs sciatiques, ou lorsque la moelle épinière a été considérablement lésée des deux côtés ou enfin lorsqu'on a coupé le nerf sciatique d'un côté et la moitié latérale de la moelle épinière du côté opposé, les attaques sont plus violentes que chez les animaux n'ayant eu de lésion que d'un côté, soit à la moelle épinière, soit au nerf sciatique.

Après les attaques très-violentes, un état de grande torpeur existe pendant une ou deux minutes. Il n'y a pas de coma, mais l'animal se meut avec répugnance et lenteur. Quelquefois même, il reste sur le flanc, immobile, sans connaissance, pendant quelques secondes. D'autres fois (mais très-rarement), l'animal court et se précipite contre un obstacle, comme s'il était fou ou au moins aveugle.

La violence des attaques est bien plus grande chez les adultes que chez les jeunes cobayes.

Plus la lésion d'une moitié latérale de la moelle épinière est considérable, plus les attaques sont violentes. Il semble en être de même à l'égard du nombre de fibres lésées du nerf sciatique : la section du tronc de ce nerf ayant produit une épilepsie plus violente que la section du nerf poplité interne.

Sur un cochon d'Inde ayant eu la moitié latérale droite de la moelle coupée en travers, et le sciatique gauche divisé, les attaques étaient absolument identiques quand on irritait la zone épileptogène de droite ou celle de gauche.

Ainsi donc, c'est la même affection, soumise aux mêmes lois,

qui se produit après la section du nerf sciatique ou celle d'une moitié latérale de la moelle épinière.

IX. — *Des changements que la durée de la maladie apporte dans l'intensité des attaques d'épilepsie provoquées artificiellement chez les cobayes.*

Dans les deux cas que je compare, les attaques complètes d'épilepsie sont d'abord très-faibles et très-courtes. Peu à peu elles deviennent plus intenses et plus longues. Au bout de quatre à cinq semaines après la première attaque complète, dans le cas de section du nerf sciatique et de deux ou trois mois, dans le cas d'une lésion de la moelle épinière, le maximum de violence et de durée des attaques est à peu près atteint. Je n'ai pas eu, jusqu'ici, de cobayes ayant eu leur première attaque complète depuis un temps assez long après la section du nerf sciatique, pour pouvoir en dire davantage. Mais chez ceux qu'une lésion de la moelle épinière a rendus épileptiques, j'ai eu souvent l'occasion de m'assurer que la maladie reste stationnaire pendant un ou deux ans, puis diminue d'intensité.

La faculté épileptogène de la peau après six, huit ou dix mois diminue ; c'est-à-dire qu'il faut irriter la peau avec bien plus de violence pour produire une attaque. Mais il n'en faut pas conclure que les centres nerveux ont une moindre puissance épileptogène. Ils ont, au contraire, cette puissance à un tel degré que des attaques spontanées ont alors lieu plus souvent qu'auparavant. De plus, lorsqu'on réussit à provoquer une attaque, on trouve, en général, qu'elle est aussi violente que quelques mois auparavant.

Je n'ai jamais vu guérir spontanément les cobayes que j'ai rendus épileptiques par une lésion de la moelle épinière (1).

(1) J'ai dit plus haut que je n'avais pas encore vu d'attaques spontanées chez les cobayes sur lesquels j'ai coupé récemment le nerf sciatique, mais qu'il n'était pas douteux que j'en verrais bientôt. Depuis que cela a été écrit, deux de ces cobayes ont eu, sous mes yeux, des attaques spontanées. L'époque d'apparition de cette espèce d'attaques, comme celle des accès provoqués, paraît donc précéder l'époque ordinaire de l'apparition des attaques spontanées ou provoquées après les lésions de la moelle épinière.

X. — *Additions aux paragraphes précédents.*

Ces additions ont pour objet surtout : les lésions qui peuvent produire l'épilepsie; l'époque d'apparition de cette affection après certaines lésions; l'étendue de la zone épileptogène ; les différences d'excitabilité des divers points de cette zone ; enfin la curabilité spontanée de l'épilepsie causée par la lésion de certains nerfs ou de la moelle épinière.

1° *Lésions qui peuvent produire l'épilepsie.* — J'ai dit dans la première partie de ce travail que j'ai vu, une fois, l'épilepsie survenir après une lésion du bulbe rachidien, chez un cobaye.

Je viens de trouver mes notes au sujet de cet animal et j'en extrais les particularités suivantes, qui montrent quelles sont les ressemblances et les différences existant entre ce cas d'épilepsie et les cas où cette affection est due à la section du nerf sciatique ou de la moelle épinière :

La lésion, qui consistait en une extirpation du V de substance grise, au bec du calamus et d'une partie des deux corps restiformes (plus à gauche qu'à droite), au voisinage de cette petite masse grise, avait été faite, en mai 1858, sur une femelle de cochon d'Inde. En moins de deux mois elle commença à avoir des attaques spontanées d'épilepsie dont la fréquence devint bientôt excessive. Elle avait quelquefois jusqu'à 12 ou 15 attaques par jour, à ma connaissance, ce qui implique évidemment qu'elle en avait un bien plus grand nombre. Comme il ne se passait pas de journée sans qu'elle n'eût, au moins, de 4 à 8 attaques, elle a dû avoir pendant les quinze derniers mois de sa vie plusieurs milliers d'attaques. Chez beaucoup de cochons d'Inde ayant la moelle épinière lésée, j'ai vu les attaques se produire spontanément aussi souvent, dans une ou plusieurs journées consécutives et même pendant un ou deux mois, mais jamais pendant trois mois consécutifs, et conséquemment pendant une période beaucoup plus courte que chez cette femelle. On pouvait chez elle, comme chez tous les cobayes devenus épileptiques par suite d'une lésion de nerfs ou de la moelle épinière, provoquer une attaque par l'irritation de la peau de l'angle de la mâchoire inférieure (c'était chez elle à gauche, côté ou la lésion du bulbe était plus considérable). Les mouvements convulsifs, chez elle, étaient beaucoup plus forts d'un côté (le gauche) que de l'autre. Il suffisait assez souvent de lui faire peur, en remuant subitement quelque

chose auprès d'elle pour qu'elle eût une attaque, ce qui n'a pas lieu chez les cobayes rendus épileptiques par une lésion de la moelle épinière ou de ses nerfs. Quelquefois les attaques (spontanées ou provoquées) étaient chez elle suivies d'un véritable coma, ce que je n'ai jamais observé chez d'autres cochons d'Inde, quelle que fût la cause de l'épilepsie chez ces derniers.

Il y a donc à l'égard des deux traits caractéristiques, qui consistent dans la production de l'épilepsie et dans celle d'une zone cutanée épileptogène, une parfaite similitude entre les effets de la lésion du bulbe dans le cas dont je viens de parler et ceux que l'on observe après certaines lésions de la moelle épinière et de ses nerfs, chez les cobayes.

Époque d'apparition de l'épilepsie. — J'ai dit que les premiers phénomènes convulsifs réflexes se sont montrés, dans deux cas, le troisième jour après la section du nerf sciatique. Je viens de voir des phénomènes de ce genre en irritant la zone épileptogène, 45 heures seulement après cette lésion. Mais ces premiers symptômes peuvent aussi ne paraître que très-tard : 20, et même une fois 22 jours après la lésion.

Quant à l'époque de la première attaque *complète*, après la section du nerf sciatique ou du poplité interne, le plus tôt, d'après ce que j'avais vu jusqu'au 25 avril dernier, avait été le huitième jour. Depuis lors j'ai observé la première attaque le sixième jour chez un animal, et le septième jour chez un autre.

Le plus tôt que j'aie observé une attaque complète après la section des racines postérieures des nerfs spinaux formant le sciatique et celle des racines des 4 ou 5 dernières paires dorsales a été, pour la première de ces lésions, le huitième jour et pour la seconde le treizième jour.

La rapidité d'apparition des premiers phénomènes réflexes n'a pas de relation constante avec celle de la première attaque complète : ainsi j'ai vu les mouvements convulsifs réflexes se montrer 4 jours après la section du sciatique chez un animal qui n'a eu sa première crise complète qu'après 21 jours et, d'un autre côté, j'ai produit la première attaque complète le quinzième jour après cette lésion, chez un cobaye qui n'avait eu les premiers mouvements convulsifs que 3 jours auparavant.

Plusieurs expériences comparatives me conduisent à considérer comme très-probable que l'irritation fréquemment répétée de la peau du cou et de la face y fait apparaître la faculté

épileptogène plus tôt qu'elle ne s'y montrerait naturellement après les lésions qui causent l'épilepsie.

Étendue de la zone épileptogène. — Chez les cobayes ayant eu une section d'une moitié latérale de la moelle épinière, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, la zone épileptogène peut s'étendre à d'autres portions que celles dont j'ai donné les limites dans la première partie de ce mémoire. Elle s'étend presque toujours, après un certain temps, de l'omoplate à la ligne médiane du dos et occupe une bande étroite (large de 1 centimètre environ), le long de cette ligne jusqu'à la sixième, septième ou huitième vertèbre dorsale, du côté de la lésion. J'avais constaté nombre de fois, depuis très-longtemps, qu'en pinçant cette petite bande de peau l'attaque se produit; mais voyant que l'animal, avant d'être pris de convulsions, tournait la tête, comme pour se gratter ou pour mordre, vers la partie pincée, j'avais cru que les frictions auxquelles était alors soumise la peau de son cou du côté où le mouvement s'opérait suffisait pour expliquer la production de l'attaque. Mais je me suis assuré récemment de la manière la plus certaine que cette irritation de la peau d'une des gouttières vertébrales est bien la cause directe de l'attaque; car, dans quelques cas, celle-ci s'est montrée immédiatement, au moment où je pinçais cette peau, et dans d'autres cas où j'ai pu, sans irriter la zone épileptogène de la face et du cou, empêcher la tête de se tourner du côté correspondant à la lésion de la moelle, j'ai aussi vu l'attaque se montrer après le pincement de la bande de peau en question.

Je dirai en outre que, lorsque l'épilepsie dure depuis longtemps, après une hémisection latérale de la moelle épinière, le degré de la faculté épileptogène de la peau qui recouvre la gouttière vertébrale, surtout au voisinage de l'omoplate, peut devenir bien plus considérable que celui de la face.

Il semble donc certain que la zone épileptogène après la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, au niveau des dernières vertèbres dorsales ou des premières lombaires, comprend, en général sinon toujours, en outre d'une portion de la peau de la face ou du cou, une bande étroite de peau s'étendant sur une des gouttières vertébrales depuis le cou jusqu'à la sixième, la septième ou la huitième vertèbre dorsale.

Différences d'excitabilité des diverses parties de la zone épileptogène. — Dans l'épilepsie double, c'est-à-dire celle causée par une lésion à droite et une autre à gauche, consistant soit en

une section des deux nerfs sciatiques, soit en une section transversale de la moitié postérieure de la moelle épinière ou de l'épaisseur entière de cet organe, soit enfin en une section du nerf sciatique d'un côté et une hémisection latérale de ce centre nerveux de l'autre côté, il y a, en général, plus de puissance épileptogène dans la partie de peau qui recouvre les apophyses épineuses des six ou sept premières vertèbres dorsales qu'ailleurs. On peut dire, néanmoins, que le point de la zone épileptogène ayant au plus haut degré la puissance d'engendrer une attaque, varie considérablement dans les cas de section transversale (partielle ou complète) de la moelle épinière, de même que dans les cas de section d'un seul ou des deux nerfs sciatiques. Non-seulement il y a, à cet égard, des différences suivant l'espèce de lésion, mais il y en a aussi chez des individus différents pour une même lésion et chez le même individu à différents temps. Cependant les points qui ont presque constamment le plus de puissance sont les petites portions de peau recouvrant l'angle de la mâchoire inférieure, le bord antérieur et le bord supérieur de l'omoplate, le côté des apophyses épineuses des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales et enfin la peau de la joue au-dessous de l'œil.

Curabilité spontanée de l'épilepsie causée par la section de certaines parties de la moelle épinière ou de certains nerfs. — J'ai déjà dit et je puis répéter que je n'ai jamais vu guérir spontanément un cobaye rendu épileptique par une lésion de la moelle épinière. Jusqu'ici je puis dire la même chose des animaux devenus épileptiques après la *section* du nerf sciatique, du poplité interne, des racines postérieures du nerf sciatique ou de celles des derniers dorsaux. Mais j'ai observé un cas de guérison spontanée chez un cobaye ayant eu une *irritation* mécanique du nerf sciatique. Ce fait est très-important, comme je le montrerai ailleurs, pour la théorie de l'épilepsie : je me borne maintenant à le signaler.

Lorsque les lésions des nerfs ou de la moelle épinière sont insuffisantes pour produire l'épilepsie complète, mais assez puissantes cependant pour donner à l'animal la faculté d'avoir des mouvements réflexes convulsifs par l'irritation de la zone épileptogène, la guérison spontanée a lieu le plus souvent, sinon toujours (il est probable que j'aurais eu à dire : toujours, si je n'avais sacrifié un certain nombre de ces animaux avant leur guérison), au bout d'un temps très-variable, mais qui ne dépasse guère six ou huit semaines.

Je ferai remarquer qu'il ne s'agit ici que de curabilité *spontanée*; je m'occuperai dans un autre travail de la curabilité sous l'influence de divers moyens de traitement.

XI. — *Production d'attaques d'épilepsie, malgré l'ablation du cerveau, du cervelet et d'autres parties de l'encéphale.*

J'ai trouvé et montré depuis longtemps, dans mes cours, le fait important que, chez les cobayes ayant eu une section transversale partielle ou complète de la moelle épinière, on peut encore produire l'attaque en irritant la zone épileptogène, après avoir enlevé une grande partie de l'encéphale.

En maintenant en vie par l'insufflation pulmonaire des cochons d'Inde épileptiques sur lesquels j'avais enlevé le cerveau, le cervelet et une grande partie de la protubérance annulaire, j'ai pu produire nombre d'accès entièrement semblables à ceux qui avaient lieu chez ces animaux avant la mutilation de l'encéphale. Non-seulement l'attaque pouvait être produite par le pincement de la peau du cou et des gouttières vertébrales, mais aussi par les portions de la zone épiloptogène recevant les ramifications du nerf auriculo-temporal et du sous-orbitaire.

J'ai constaté depuis longtemps que, chez des animaux, épileptiques ou non, l'insufflation pulmonaire, quand la perte de sang n'a pas été très-considérable après l'ablation d'une grande partie de l'encéphale, augmente la faculté réflexe du bulbe rachidien et de la moelle épinière, ainsi que l'excitabilité des nerfs et des muscles. Je n'ai donc pas été surpris en trouvant que, lorsque l'insufflation avait été pratiquée depuis quelque temps (8, 10, ou 12 minutes) chez des cobayes épileptiques, la facilité de provoquer des attaques par l'irritation de la zone épileptogène augmentait d'une manière évidente.

Dans un cas, j'ai pu encore produire des attaques après l'ablation de tout l'encéphale, moins le bulbe rachidien, et, sur un autre animal, j'ai même causé un accès assez fort après avoir coupé d'emblée le bulbe rachidien en travers, immédiatement au-dessus de l'origine des nerfs pneumo-gastriques, ayant préalablement pratiqué l'insufflation pulmonaire pendant dix minutes. Je n'ai pas besoin de dire que l'excitation des parties de la zone épileptogène animées par le trijumeau est alors restée sans effet, et que c'est l'excitation de la peau du cou et de la partie postérieure du dos (1) qui causa l'attaque.

(1) L'animal était épileptique par suite d'une section trans-

L'expérience qui montre que des attaques d'épilepsie peuvent encore avoir lieu après l'ablation d'une grande partie de l'encéphale chez des animaux épileptiques à la suite de la section du nerf sciatique, a été faite pour la première fois par mon collègue Vulpian (1). Je l'ai faite plusieurs fois depuis et toujours avec les mêmes résultats que j'ai mentionnés ci-dessus. Je ferai remarquer, à propos de l'expérience de mon collègue, que s'il a cru que l'attaque pouvait être provoquée par une irritation quelconque, au lieu de ne l'être que par l'irritation d'une certaine zone, cela est dû à ce que ne connaissant pas la puissance épileptogène de cette zone, il tenait l'animal par le cou alors qu'il l'irritait ailleurs. Le cobaye, se débattant, frottait la peau du cou ou de la face contre la main qui le retenait, et la zone épileptogène recevait ainsi l'irritation qui produisait l'attaque.

Dans ces derniers temps, un physiologiste allemand, Nothnagel, a publié un travail ayant pour objet de démontrer que la protubérance annulaire est le seul centre nerveux capable de produire des convulsions épileptiformes. Quand je discuterai dans un autre mémoire la théorie de l'épilepsie spontanée ou provoquée, je montrerai que cette opinion est fausse et que d'autres parties des centres nerveux peuvent, comme la protubérance, donner lieu à des convulsions épileptiformes.

Dans un second mémoire, j'exposerai les résultats que j'ai obtenus : 1° sur la voie de transmission de l'irritation des nerfs spinaux ou de la moelle épinière à l'encéphale et à la peau de la zone épileptogène pour y produire les altérations de nutrition qui causent l'épilepsie ; 2° sur l'état des nerfs sciatiques et autres qui produit l'épilepsie ; 3° sur les différences entre plusieurs animaux (2) et l'homme à l'égard de la production de l'épilepsie par l'irritation de certains nerfs ou de la moelle épinière ; 4° enfin sur diverses autres questions concernant la physiologie pathologique de l'épilepsie et des mouvements convulsifs épileptiformes. »

versale complète de la moelle épinière, à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale.

(1) Voy. *Archives de physiol. norm.*, vol. II, 1869, p. 297.

(2) L'épilepsie avec existence de la zone épileptogène, dans des cas de lésion du nerf sciatique, a été constatée non-seulement chez les cobayes, mais aussi chez l'homme, par le docteur G. Dieulafoy, chez le chat, par M. Trasbot, et chez le lapin, par moi.

5° *Expériences relatives à la pathogénie des atrophies secondaires de la moelle épinière*; par M. A. Vulpian (n° 2).

Les expériences qu'il a faites sur des cobayes et l'examen attentif de certains cas de sclérose du bulbe et de la moelle ont conduit M. Vulpian à conclure : que les atrophies ascendantes ou descendantes de la moelle épinière ne sont pas dues à ce que les fibres des faisceaux destinés à s'atrophier sont séparées de prétendus centres trophiques qui siégeraient dans la substance ganglionnaire des centres nerveux.

6° *De la dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale*; par M. le Dr Magnan (n° 2).

Depuis plusieurs années déjà les Allemands et notamment Rokitansky, Arndt et Schüle ont signalé l'existence de la dégénérescence colloïde dans le cerveau d'un certain nombre d'aliénés paralytiques. M. Magnan l'ayant rencontrée chez un des malades de son service, s'est livré à des recherches microscopiques dont il a tiré, un peu hâtivement, ce me semble, les conclusions suivantes :

1° L'encéphalite interstitielle diffuse — que M. Magnan considère comme la lésion fondamentale de la paralysie générale — peut s'accompagner, dans des points circonscrits, d'un travail d'irritation plus intense, amenant une prolifération très-active des éléments de la névroglie et des parois vasculaires.

2° Les éléments ainsi multipliés, au lieu de se transformer en fibres conjonctives ou de subir la régression granulo-graisseuse, ce qui est le plus habituel, s'infiltrent de substance colloïde. Les noyaux d'abord, puis les cellules et enfin le tissu dans sa totalité se trouvent envahis par cet exubérant produit morbide.

3° La dégénérescence colloïde a ses caractères propres; ses propriétés physiques et chimiques permettent de la distinguer des autres dégénérescences.

4° Son développement, sa marche, peuvent faire considérer la dégénérescence colloïde comme un dérivé de l'encéphalite interstitielle diffuse; mais sa rareté et ses localisations circonscrites, d'une part, ses caractères particuliers, quand elle est arrivée à son développement complet, d'autre part, n'en font pas moins de cette dégénérescence une lésion très-accessoire de la paralysie générale.

7° *Note sur un cas de méningite spinale et de sclérose corticale annulaire de la moelle épinière*; par M. le Dr Vulpian (n° 2).

La lésion occupait toute l'étendue de la moelle épinière; nous ne croyons pas qu'il existe dans les annales de la science aucun cas semblable.

8° *Epilepsie observée chez un cochon d'Inde qui avait subi la section d'un des nerfs sciatiques*; par M. le Dr Vulpian (n° 2).

9° *Sur un cas de lipome de la pie-mère cérébrale*; par M. J. Parrot (n° 3).

Bien que la tumeur, qui reposait sur le corps calleux, eut 0,033 de long sur 0,015 de largeur et 0,008 d'épaisseur, aucun phénomène, pendant la vie, ne pouvait en faire soupçonner l'existence. Quoique les cas de cette nature ne soient pas très-rares, il nous paraît utile de les signaler.

10° *Hémorrhagie du bulbe rachidien*; *mort subite après le douzième jour des couches*; *autopsie*; par M. le Dr A. Charrier (n° 5).

11° *Sur la cause des ecchymoses du péricrâne dans l'apoplexie*; par M. A. Lépine (n° 5).

M. Charcot avait émis déjà l'opinion que les ecchymoses, qu'on observe presque constamment du côté opposé à la lésion du cerveau, étaient dues à la paralysie des nerfs vasomoteurs. L'observation rapportée par M. Lépine vient à l'appui de cette manière de voir; elle prouve, de plus, que ces ecchymoses ne surviennent pas exclusivement dans les cas d'apoplexie sanguine et qu'on peut les observer également dans le ramollissement du cerveau.

12° *Faits qui semblent montrer que les fibres nerveuses servant aux mouvements volontaires, ne sont pas celles qui font contracter les muscles dans les convulsions*; par M. le Dr Brown-Séquard (n° 5).

13° *Note sur deux tumeurs cérébrales formées d'éléments cellulaires ayant la plupart des caractères des cellules nerveuses*; par M. E. Lancereaux (n° 6).

14° *Du lieu de passage dans la moelle épinière des conducteurs spé-*

ciaux qui font contracter les muscles dans les convulsions de l'épilepsie; par M. le Dr Brown-Séquard (n° 6).

M. Brown-Séquard se croit en droit de conclure de ses expériences :

1° Que les conducteurs capables de causer des convulsions sont distincts de ceux qui servent aux mouvement volontaires;

2° Que le lieu de passage des premiers est différent de celui des seconds dans la moelle dorsale, et que les premiers sont sur tout placés dans le cordon latéral et peut-être dans la substance grise voisine, tandis que les seconds sont surtout placés dans les parties antérieures grise et blanche de ce centre nerveux.

Le Mouvement médical.

(7e année.)

1° *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux et sur le traitement des affections nerveuses organiques*; par le docteur Brown-Séquard (nos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 16, 17, 21 et 23).

La publication de ces leçons ayant été interrompue en juin 1869, nous ne pouvons en donner l'analyse. La première était consacrée à l'étude de l'hémiplégie spinale; la seconde, dont une partie seulement a été publiée, aux affections organiques et aux plaies de la moelle épinière, qui produisent quelques-uns des symptômes de l'hémiplégie spinale.

2° *De l'action thérapeutique du bromure et du chlorure de potassium dans l'épilepsie*; par le docteur W. Sander (n° 3).

Cette note mérite d'être reproduite intégralement :

« Les nombreuses recherches, faites dans ces dernières années, sur l'emploi du bromure et du chlorure de potassium contre l'épilepsie, ont conduit aux résultats suivants :

I. *Bromure de potassium.* — Il n'agit qu'à hautes doses. En le donnant à la dose de 5 grammes (dans 200 grammes d'eau pure) par jour, et en montant progressivement jusqu'à 7,5 grammes, on obtient, dans beaucoup de cas (mais c'est loin de la totalité), une diminution du nombre, de la durée et de l'intensité des accès. Dans quelques cas, où longtemps avant l'administration de ce médicament on avait observé le retour

régulier, typique de l'accès, celui-ci a été retardé, par l'emploi du bromure, de plusieurs semaines et même de mois. Dans ces cas certainement on ne peut parler de guérison, celle-ci n'étant, en général, possible que dans de très-rares circonstances où il y a indication d'une cause particulière, accessible au traitement ; mais c'est un soulagement important pour le malade et pour ceux qui l'entourent, et dont le médecin d'un asile d'épileptiques apprécie bien vite la valeur.

Quelques médecins ont recommandé le bromure de potassium comme particulièrement utile dans les cas d'épilepsie qui paraissent se rattacher à une excitation des organes génitaux. Je n'ai pu constater cette action pour ainsi dire spécifique du bromure. Par contre, il s'est montré spécialement actif dans quelques cas où l'accès était précédé d'une secousse dans un groupe de muscles, ou d'un tressaillement de tout le corps, phénomènes qui apparaissent aussi isolément dans l'intervalle des accès, et peuvent être regardés comme des accès avortés. Sous l'influence du bromure de potassium, les accès disparaissent, ainsi que les secousses musculaires isolées, souvent pour longtemps. Dans quelques cas, où l'accès était annoncé par un aura, les malades, pendant qu'ils prenaient le bromure, ont souvent aussi éprouvé cette aura sans que l'accès suivît. Enfin, je dois faire remarquer que l'action du bromure de potassium était surtout marquée quand les accès s'accompagnaient de convulsions plus ou moins violentes ; elle était moins sensible quand l'épilepsie consistait en vertiges ou en défaillances, en pertes momentanées de connaissance sans convulsion. Dans quelques cas même, il a semblé que, sous l'influence du bromure, les accès convulsifs disparaissaient pour faire place à des attaques syncopales. »

Quant aux inconvénients du bromure, il faut surtout citer la production d'un exanthème, qui s'est montré de bonne heure sur presque tous les malades. Il consiste en pustules acnéiformes, apparaissant d'abord à la face, puis sur le reste du corps, et devenant souvent si incommodes, qu'il fallait suspendre la médication. Je n'ai observé que rarement la sécheresse de la gorge, l'angine, l'embarras gastrique, et presque toujours peu intenses. Quelquefois la menstruation a paru devenir moins abondante ou se supprimer.

II. *Chlorure de potassium*. — Les expériences physiologiques connues, qui ont fait attribuer au potassium l'action exercée sur les nerfs par son bromure, m'ont engagé à rechercher

l'effet de ses autres composés dans l'épilepsie. Mais il ne pouvait être question que du chlorure, puisqu'on ne peut prévoir ici l'action thérapeutique des autres sels définis du potassium, et que, d'ailleurs, pour faire ingérer une quantité correspondante de cette base, il faudrait recourir à des doses trop élevées. En fait, le chlorure a produit, chez les épileptiques, les mêmes effets que le bromure, et il ne m'est pas arrivé jusqu'ici de rencontrer un cas où, le chlorure restant inefficace, le bromure ait eu postérieurement plus de succès. Mais le chlorure a des avantages particuliers.

Il n'a pas d'effets secondaires fâcheux; de nombreux malades l'ont pris pendant des mois, à la dose de 5 à 7,5 par jour, sans jamais en ressentir d'inconvénient sensible.

Comme l'indique le rapport des poids atomiques (2 : 3), il suffit de plus petites doses de chlorure, pour administrer la même quantité de potassium que si l'on emploie le bromure.

Il est beaucoup moins cher que le bromure (1 : 6), considération essentielle pour les asiles qui renferment un grand nombre d'épileptiques.

Dans ces conditions, et puisqu'on peut se demander si le bromure de potassium qui rencontre dans l'estomac de l'acide chlorhydrique libre et de nombreux chlorures, est absorbé en nature, je crois pouvoir recommander le chlorure de potassium pour les expériences ultérieures. »

L'emploi longtemps prolongé du bromure de potassium n'étant pas toujours sans inconvénient, il serait fort à désirer qu'on pût le remplacer par le chlorure, s'il était bien démontré que ce dernier ne détermine pas d'effets secondaires fâcheux. Ce sont là des expériences faciles à instituer dans un asile.

3° *Du suicide dans l'alcoolisme*; par M. le docteur J. Drouet (n° 15).

Cette note mérite également d'être reproduite :

« L'abus des liqueurs alcooliques devient, surtout dans les grandes villes et parmi les populations ouvrières, une cause de plus en plus fréquente d'aliénation mentale. Tandis que la statistique générale de la France indique environ cinq malades atteints d'alcoolisme sur cent aliénés, celle des asiles de Rouen, où nous avons été interne pendant plusieurs années, nous apprend que dans cette ville industrielle, sur cent cas de folie, *vingt-huit* sont la conséquence de l'ivrognerie. Le mal est presque aussi avancé dans Paris, et il y fait des progrès effrayants.

C'est ainsi que sur 809 malades entrés à l'asile de Ville-Evrard, depuis quatorze mois, 239, c'est-à-dire plus du quart, y ont été conduits par l'intoxication alcoolique, soit exactement 188 hommes et 51 femmes.

Ce chiffre énorme appelle l'attention de tous ceux qui cherchent un remède aux grandes plaies sociales de notre époque. C'est surtout aux yeux des médecins qu'il prend une signification terrible. La science leur montre, en effet, au delà du mal immédiat des conséquences lointaines, mais presque fatales. Ils savent maintenant, la plupart pour l'avoir vu, que les habitudes alcooliques des parents créent chez les enfants une aptitude spéciale à la folie, à l'idiotie, à l'imbécillité, à l'épilepsie, à la surdi-mutité, à la scrofule, aux convulsions de l'enfance, ainsi qu'aux autres formes non moins graves de la dégénérescence physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine.

Que de monstres sont le fruit de la conception opérée durant l'ivresse! Cette vérité, malheureusement incontestable, a été développée avec éloquence par M. le docteur Morel dans un de ses ouvrages couronnés par l'Institut.

Laissant de côté aujourd'hui toutes les considérations générales qui pourraient nous entraîner trop loin, nous ne parlerons ici que du suicide dans l'alcoolisme.

C'est principalement l'ivrognerie, dit le docteur Rœsch, qui rend la mort volontaire si répandue de nos jours. Selon Schlegel, ce vice est la principale cause du suicide, en Angleterre, en Allemagne et en Russie. Casper rapporte, d'après les documents officiels, que le quart des habitants de Berlin, qui ont attenté à leurs jours depuis 1812 jusqu'à 1821, étaient des gens adonnés à la boisson. D'après les recherches de M. Brierre de Boismont, le nombre des individus qui se donnent la mort sous l'influence de l'ivresse ou de l'alcoolisme, forme le huitième environ du chiffre total à Paris. Ces estimations n'ont rien d'invraisemblable, si on les rapproche du grand nombre d'individus qui échouent dans leurs efforts destructeurs, et que l'autorité administrative est obligée de séquestrer d'office dans les maisons de santé.

Sur nos 239 malades atteints d'alcoolisme aigu ou chronique, 5 femmes et 31 hommes étaient signalés pour leurs idées ou tentatives de suicide.

Nous croyons qu'en se plaçant au point de vue des circonstances qui ont dominé leur détermination, il y a lieu de les distinguer en plusieurs catégories.

Quelques-uns, qualifiés à tort de *suicidés* dans leur dossier médical, n'ont jamais songé à mettre fin à leurs jours ; mais ils se sont jetés, tête baissée, pour ainsi dire, dans des périls mortels, dont l'évidence échappait à leur aveuglement momentané. Ils étaient alors sous l'empire d'hallucinations ou d'impulsions instinctives subites qui leur enlevaient la juste appréciation des choses du monde réel.

Nous en citerons quelques exemples empruntés à nos observations et à celles de M. Masbrenier, notre collègue :

P..., âgé de 37 ans, étant sur le bord de la rivière, entend la voix d'un de ses amis qui lui crie : *Si j'étais à ta place, je me jetterais à l'eau !* Il obéit aveuglement à son hallucination et allait se noyer quand on est venu à son secours.

T..., âgé de 30 ans, croit apercevoir derrière lui un sergent-major et un voltigeur avec qui il a eu une discussion violente pendant la journée. Il veut leur échapper à tout prix et s'élance dans la Seine sans réfléchir qu'il ne sait pas nager.

Th..., alcoolique, parfaitement calme depuis quelques jours, venait de sortir de l'asile pour se rendre au travail des champs avec d'autres malades. Tout à coup, au moment où il traverse le pont jeté sur le canal de la Marne, il est saisi de frayeur en entendant une voix qui le menace, et il franchit le parapet sans savoir ce qu'il fait. Heureusement un de ses camarades séquestré comme lui pour alcoolisme, mais plus raisonnable à ce moment, s'élance aussitôt et le ramène sain et sauf sur la berge.

Ces divers cas se rapprochent de celui rapporté par M. Brierre de Boismont dans son *Traité des hallucinations*. « M. R..., dit-il, éprouve de grands chagrins domestiques auxquels il ne croit pouvoir se soustraire qu'en se plongeant dans une ivresse continuelle. Cet état ne tarde pas à produire un dérangement de ses facultés intellectuelles. Il aperçoit un jour une figure extraordinaire qui lui fait signe de la suivre ; il se lève, court après et tombe dans la rue : il avait passé par la fenêtre. On me l'amena tout étourdi de sa chute ; il croyait encore voir le fantôme et ne répondait que d'une manière confuse. Quelques jours d'isolement et d'abstinence le rendirent promptement à la raison. »

Certains de nos malades poussés au suicide par leurs chagrins domestiques, par le mauvais état de leurs affaires ou par quelque autre cause analogue ont demandé à l'ivresse le courage nécessaire pour mettre fin à leurs jours. D'autres qui

cherchaient seulement l'oubli de leurs maux dans l'abrutissement par les liqueurs enivrantes ont cédé, sous l'empire de l'alcoolisme, à la pensée d'un suicide en germe dans leur esprit depuis un certain temps, mais toujours repoussé par eux tandis qu'ils jouissaient de leur complète raison.

Dans une troisième catégorie, la plus nombreuse de toutes, nous rangerons les aliénés atteints d'alcoolisme avec hallucinations et prédominance d'idées de persécution, qui ont voulu trouver dans la mort un terme à leurs souffrances imaginaires.

C.... déclare s'être jeté à l'eau pour échapper aux mauvaises intentions qu'il lisait sur les visages de tous ceux qui l'entouraient.

M.... a pris le parti de se noyer pour se soustraire aux hallucinations terrifiantes dont il était obsédé, et à la poursuite des gens qui lui en voulaient.

Br.... et Rog..., atteints d'alcoolisme chronique avec prédominance d'idées de persécution, sont décédés à l'asile, après avoir été nourris pendant longtemps tous les deux à l'aide de la sonde œsophagienne. Le premier était résolu à se laisser mourir de faim, pour éviter d'entendre dire du mal de lui et pour échapper à ses persécuteurs imaginaires. Il était âgé de 47 ans. L'autre, âgé de 50 ans, a succombé de la même manière dans un état de lypémanie invincible, après avoir fait plusieurs tentatives de suicide. Leur autopsie n'a révélé aucune lésion nerveuse, caractéristique ou même intéressante.

Plusieurs enfin de ceux qu'on nous avait signalés pour leurs tentatives de suicide sous l'influence de la surexcitation alcoolique, se sont trouvés, lors de leur retour à la raison, dans l'impossibilité de donner aucun détail sur leur conduite pendant le délire. L'oubli le plus complet de ce qui s'était passé les portait même à démentir avec une entière bonne foi les renseignements qui nous avaient été transmis à leur sujet.

Notons, en terminant, le cas du sieur R... Ce malheureux, employé de commerce, dérobe un jour à son patron quarante francs, qu'il dépense en orgie, et, sous la double influence du remords et de l'ivresse, se porte cinq coups de couteau dans la région du cœur. Aucun n'était mortel et il a guéri très-rapidement à l'asile.

Chose digne de remarque, les aliénés alcooliques ont une grande propension à se jeter à l'eau, et celle-ci semble exercer sur eux une véritable fascination. »

4° *Hémorrhagie cérébrale et ramollissement cérébral*; par M. Bourneville (nos 25 et 26).

Les considérations présentées par M. Bourneville ne sont guère susceptibles d'analyse ; voici d'ailleurs le sommaire de l'observation qui a servi de base à son argumentation :

Alcoolisme ; attaque apoplectique; hémiplégie gauche ; amélioration physique ; abaissement des facultés intellectuelles ; hypertrophie du foie; accidents dyspnéiques; nouveaux phénomènes cérébraux; œdème des membres inférieurs; ascite; délire; mort; foyer hémorrhagique de la queue du corps strié droit; nombreux anévrysmes miliaires; ramollissement du lobe sphéroïdal gauche ; oblitération de l'artère correspondante ; caillots anciens dans les cavités cardiaques.

5° *Attaque apoplectique ; hémiplégie à droite ; amélioration; pneumonie ; tubercules; hémorrhagie du corps strié gauche; perforation ventriculaire; anévrysmes miliaires*; par M. Lamblin (n° 26).

6° *Tumeur fibreuse de l'utérus ; mélancolie sympathique ; attaques épileptiformes* ; par M. Villard (n° 36).

« N..., quarante et un ans, ouvrière en fleurs artificielles, est entrée à la Salpêtrière le 2 mai 1866. Nous n'avons pu recueillir sur ses antécédents que ce qu'elle a bien voulu nous dire elle-même. Abandonnée par son mari, elle habite seule depuis vingt et un ans et a été obligée de travailler beaucoup pour vivre et pour élever ses deux fils, aujourd'hui morts tous les deux, l'un à l'âge de vingt-trois ans. Son mari la maltraitait et ne lui donnait jamais un sou; par son travail, elle était obligée de subvenir aux frais du ménage, et plus d'une fois elle se vit forcée de vendre une partie de ses vêtements pour ne pas s'exposer à mourir de faim. Il y a trois mois, on l'a conduite à l'asile Sainte-Anne, et aujourd'hui voici l'état dans lequel elle se présente à nous :

La malade semble être sous le poids d'une grande oppression morale; elle baisse la tête, ses traits grippés, contractés, expriment l'anxiété, la douleur. Ses sourcils sont froncés, ses yeux constamment tournés vers la terre. Sa physionomie immobile semble indiquer une profonde concentration de la pensée; de temps en temps, elle pousse de longs et profonds soupirs, et jette autour d'elle de furtifs regards. Lorsqu'on

l'interroge, elle ne semble pas entendre; si on appelle plus directement son attention, elle paraît fort contrariée et répond alors, mais à voix basse, tellement basse, qu'à peine peut-on comprendre ce qu'elle dit. Quelquefois, cependant, elle élève la voix, et on peut l'entendre murmurer contre son mari, qui, dit-elle, la maltraitait, et lui aurait donné de mauvaises maladies. Elle se plaint d'éprouver des douleurs dans le ventre et d'avoir des fleurs blanches. Sa parole est lente, interrompue parfois, mais l'articulation se fait bien ; on n'observe pas de tremblement à la langue ni dans les membres, et la malade n'a rien perdu de sa force dans les mains. La mémoire ne semble pas altérée, car la malade nous raconte des faits qui remontent à plus de vingt ans. Nous la faisons compter : elle s'en tire parfaitement.

La contenance de cette malade est intéressante à observer : elle est assise ordinairement sur une chaise, le tronc incliné en avant, la tête baissée, les mains passées sous la robe et croisées sur le ventre, qu'elles semblent vouloir retenir. Si on lui dit de se lever, elle le fait, mais aussitôt sa figure se contracte plus fort; elle semble avoir peur, regarde autour d'elle et paraît éprouver un grand malaise.

Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés.

Jusqu'au 24 mai, cette malade reste dans l'état que nous venons de décrire. Le 24 mai, à dix heures du matin, elle fut prise tout à coup d'un tremblement général, avec refroidissement des extrémités; sa respiration devint anxieuse, et elle perdit connaissance. On observa de légères convulsions de la face, plus marquées du côté gauche; une légère écume vint à la bouche. Bientôt elle tomba dans le coma, d'où elle ne tarda pas à sortir.

Ces attaques se reproduisirent plusieurs fois dans la journée : parfois, elle se mettait à trembler, se jetait à terre et se roulait en tout sens, cherchant à mordre les objets placés près d'elle, et disant de temps en temps : « Oh ! que je souffre dans cet état. »

Le soir, une nouvelle attaque survint plus violente que les autres ; elle avait été précédée de cris, de hurlements.

25 *mai*. — La malade est étendue sur le dos. Elle a vomi plusieurs fois pendant la nuit; elle est dans un accablement profond ; ses paupières sont à demi fermées, sa respiration forte, anxieuse ; elle a 32 inspirations par minute. La bouche est entr'ouverte, la langue sèche; quand on fait du bruit auprès

d'elle, elle ouvre les yeux et regarde fixement; si on l'interroge, elle ne répond pas. Sa figure exprime la souffrance, ses traits sont grippés. La peau est modérément chaude, le pouls est petit et fréquent, et bat 132 pulsations.

Les jambes et les pieds sont gonflés, le ventre est tuméfié, sensible à la pression : par la palpitation, on sent une tumeur volumineuse qui occupe le petit bassin et remonte très-haut dans la cavité abdominale.

Par le toucher vaginal, on ne peut atteindre le col de l'utérus que très-difficilement : la partie vaginale n'existe pas, elle est effacée. Les deux lèvres du col sont molles et non granuleuses. Si, le doigt appuyé sur le col, on presse sur le ventre, on sent une tumeur très-volumineuse, très-dure, composée de mamelons laissant entre eux des sillons profonds. Cette tumeur s'étend davantage en haut et à droite; ses bords latéraux dépassent la ligne médiane de cinq travers de doigt environ de chaque côté. A gauche, la tumeur descend jusque dans la fosse iliaque. En haut et à droite, elle remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au col qui se déplace en sens inverse.

25 *mai* (soir). — La malade est toujours dans le décubitus dorsal; ses paupières sont à demi fermées. Si on lui demande où elle souffre, elle répond à voix basse : « Un peu partout. » La langue est sèche, la face grippée; les inspirations sont fréquentes; la peau est chaude et couverte de sueurs; la température axillaire est de 38° 6; le pouls est fréquent et filiforme. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie, 36 heures après la mort : — Dans le cerveau on ne trouve aucune altération appréciable : la pie-mère est légèrement injectée; les membranes cérébrales ne présentent aucune adhérence à la substance nerveuse, qui conserve elle-même sa consistance et son aspect normal. L'examen microscopique démontre que le tissu nerveux n'est pas altéré dans sa structure. — Mais les lésions les plus remarquables se trouvent dans la cavité abdominale : — Dans le bassin, on voit une tumeur énorme située sur la partie postérieure de l'utérus. Cette tumeur est volumineuse, de la grosseur de la tête d'un enfant de dix ans, arrondie, ou plutôt ovoïde, dépassant en haut le détroit supérieur du bassin et remontant jusque dans la fosse iliaque droite, où elle avait été sentie par la palpation. »

Il nous paraît probable, en effet, que la tumeur abdominale

a été le point de départ ou tout au moins la cause principale de la mélancolie.

7° *Observations sur l'hydrate de chloral*, par M. le Dr Ch. Ehrle (n° 43).

M. le Dr Ehrle a eu plusieurs fois à se louer de l'emploi de l'hydrate de chloral, notamment dans un cas de myélite chronique accompagnée de violentes douleurs, chez une femme atteinte de *tabes dorsalis* avec insomnie pénible et persistante et enfin dans un cas de névralgie violente de la face.

8° *De quelques complications de la paralysie générale*; par M. Villard (nos 49 et 50).

Nous reproduisons ce mémoire *in extenso* :

« Une des complications les plus fréquentes de la paralysie générale est certainement la congestion cérébrale qui en est quelquefois le symptôme initial. Cet accident ne se montre pas toujours avec les manifestations typiques que tout le monde connaît; il revêt souvent des formes symptomatiques multiples, que M. Auhanel a distinguées au nombre de huit et que Marcé réduit à cinq. On pourrait en restreindre encore le nombre ou l'augmenter davantage : il n'y a pas, en effet, entre ces formes, de délimitation tranchée, et souvent plusieurs des phénomènes caractéristiques de l'une se mélangent avec ceux qui appartiennent à une seconde, de telle sorte que pour chaque malade, pour ainsi dire, il pourrait y avoir une forme spéciale, différente de toutes les autres.

La forme la plus ordinaire, est celle qui est caractérisée par une activité plus grande de la circulation cérébrale. Le malade est inquiet, agité; il parle beaucoup; sa figure est injectée; son pouls est rapide, accéléré. A un degré plus avancé, il présente tous les symptômes d'un accès de manie aiguë. Parmi plusieurs faits qu'il nous a été donné d'observer, nous allons rapporter le suivant :

Observ. I.

Pez..., 45 ans, blanchisseuse, est entrée à la Salpêtrière pour la seconde fois en décembre 1867, dans le service de M. Baillarger. — Il y a quatre ans et demi, cette malade fut amenée à l'hospice pour la première fois : elle avait perdu la mémoire en partie, était triste et se plaignait de douleurs dans diverses parties du corps. Le jour même de son entrée,

elle eut une perte de connaissance qui dura deux heures et se reproduisit un mois après : ni dans l'une ni dans l'autre circonstance, on n'observa de convulsions. La malade était faible sur ses jambes, mais on n'observait pas de tremblement appréciable; sa parole était brusque mais non embarrassée. — Après la seconde perte de connaissance, la mémoire diminua rapidement. M. Baillarger porta alors le diagnostic suivant : Mélancolie avec prodromes de paralysie générale.

12 *mars* 1865. — La malade est dans une prostration profonde : si on lui parle, on ne peut obtenir d'elle que le mot *oui*. Ses lèvres sont tremblottantes; sa démarche est chancelante. Il y a émission involontaire des urines et des matières fécales.

15 *avril* 1866. — Depuis quelques jours, on remarque chez la malade de l'excitation; sa figure est animée; ses yeux sont brillants. Depuis hier soir, son excitation est devenue plus grande; elle parle avec volubilité, crie, vocifère, s'agite et se démène : on est obligé de la mettre aux cellules.

Cette malade sortit de l'hospice au commencement de 1867, à peu près guérie; mais à la fin de la même année, on fut obligé de la ramener à la Salpêtrière. Elle était sous l'influence d'une excitation maniaque très-prononcée, qui obligea de la mettre aux cellules.

En mars 1868, au moment où nous l'observons, cette malade offre très-accentué le tremblement caractéristique de la paralysie générale. L'odorat et le goût sont abolis, et elle présente l'incohérence et les idées de grandeur spéciales à cette affection : elle est extrêmement riche, car elle a des chambres et des cabinets pleins de poires, de poulets, de gâteaux; elle est jeune et belle et veut se marier.

— Il peut arriver que, chez les paralytiques généraux, on remarque tout à coup chez eux de la somnolence et une grande inertie physique et morale. Souvent alors on ne tarde pas à les voir tomber dans le coma : ils sont insensibles aux agents extérieurs; leurs muscles sont dans une résolution complète. Quelquefois, c'est une hémiplégie qui est le résultat de la congestion, hémiplégie d'une durée variable, mais qui finit toujours par disparaître. Enfin, il est une forme plus commune que les deux qui précèdent, et plus importante à la fois par son appareil symptomatique spécial et par l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la marche de la maladie; nous voulons parler de la congestion apoplectiforme. Trousseau, dans

ses belles cliniques de l'Hôtel-Dieu, décrit d'une façon magistrale la congestion cérébrale apoplectiforme qu'il considère comme toujours liée à l'épilepsie. L'observation démontre cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi et que la congestion apoplectiforme peut se présenter comme un phénomène symptomatique de plusieurs maladies de l'encéphale, et notamment de la paralysie générale, ainsi que cela ressort des travaux de MM. Baillarger, Billod, Moreau (de Tours), etc. Dans ce dernier cas, tantôt la congestion se manifeste sous forme de vertiges, d'étourdissements; tantôt elle est caractérisée par une perte complète de connaissance, simple, ou présentant l'aspect de l'apoplexie, ou bien s'accompagnant d'attaques qui simulent à s'y méprendre celles qui appartiennent à l'épilepsie. Les observations suivantes peuvent donner une idée de ces diverses manifestations :

Observ. II.

Fres..., 36 ans, est entrée à la Salpêtrière le 8 août 1866, dans le service de M. Baillarger. Antécédents : son père est mort phthisique; elle a un frère aliéné à Bicêtre. Elle s'est mariée fort jeune, et a eu à subir de mauvais traitements de la part de son mari. La mort d'une personne qu'elle affectionnait beaucoup lui produisit une profonde impression. C'est à la suite de cette circonstance qu'elle perdît la raison et fut transportée une première fois à la Salpêtrière, où elle resta dix-huit mois, et où elle présenta une excitation maniaque des plus prononcée.

Aujourd'hui la malade présente un tremblement généralisé; sa parole est embarrassée, lente; ses mots sont mal articulés. Elle n'est pas maîtresse de ses mouvements : quand on lui dit, par exemple, d'ouvrir les yeux, elle les ferme. Les muscles des membres supérieurs se contractent faiblement; elle peut encore coudre; elle marche assez bien, mais lentement et en se balançant. La sensibilité est intacte; elle accuse parfois des douleurs erratiques dans les membres.

20 *avril* 1868. — Aujourd'hui, tout à coup, la malade était occupée à travailler, lorsqu'elle a perdu connaissance; sa face est devenue pâle, la malade était immobile et on n'a observé chez elle aucune convulsion.

Les deux jours suivants, le même accident s'est reproduit; la perte de connaissance durait chaque fois de 10 à 12 mi-

nutes. La malade, en revenant à elle, se plaignait d'une grande faiblesse et d'un malaise général.

Un mois après, les symptômes qu'elle présentait s'étaient notablement aggravés. La marche était devenue presque impossible ; la parole était très-difficile et presque incompréhensible. La malade ne pouvait se servir d'une aiguille ; en outre, elle perdait involontairement ses urines et matières fécales, circonstance qui nécessita son transport dans la section des gâteuses.

Observ. III.

Lab..., 40 ans, est entrée à la Salpêtrière le 12 juin 1866, dans le service de M. Baillarger. — A son arrivée, cette malade était en proie à une grande tristesse ; elle accusait des douleurs dans tout le corps, se reprochait d'avoir beaucoup péché et présentait un ensemble de symptômes tels que M. Baillarger formula le diagnostic suivant : Délire mélancolique avec soupçon de paralysie générale.

Janvier 1868. — La malade offre les signes d'une paralysie générale bien caractérisée : Tremblement des membres ; parole lente, hésitée : incohérence dans les idées ; inégalité pupillaire.

26 *juin*. — Ce soir, la malade était occupée à faire de la charpie, lorsque tout à coup elle a perdu connaissance. Elle était assise sur une chaise : son corps s'est affaissé et s'est incliné à gauche. Le côté gauche est devenu le siége de convulsions rapides, presque imperceptibles. La face est pâle, les yeux ouverts, fixes, la mâchoire fortement serrée ; une écume abondante sort de la bouche ; les dents se heurtent et produisent le grincement. La face est déviée à droite ; les paupières sont le siége de contractions rapides ; la sensibilité semble anéantie ; la malade fait de temps en temps des mouvements de déglutition ; émission involontaire des urines ; coma.

28 *juin*. — La malade n'est revenue complétement à elle qu'hier soir. Quelques heures après la fin de son attaque, elle a paru sortir du coma, et pendant quelques minutes, elle a présenté une grande agitation et poussait des cris inarticulés ; mais elle est retombée ensuite dans l'immobilité. Aujourd'hui tout a disparu.

Observ. IV.

Per..., 32 ans, a été admise à la Salpêtrière il y a environ un an, dans le service de M. Baillarger.

Cette malade, d'après les renseignements pris sur son compte, était, avant sa maladie, caissière dans une importante maison de commerce. Elle était intelligente et parfaitement à la hauteur de sa position.

Aujourd'hui elle présente tous les symptômes de la paralysie générale : Délire des grandeurs avec toute son originalité; incohérence la plus complète dans les idées. Tremblement de la langue, des membres et de tout le corps. Elle possède de grands restaurants en Italie; le bon Dieu lui a promis 60,000 fr. par jour; elle a vu en Bretagne des Chinois coiffés de bonnets de coton, etc.; telles sont les pensées bizarres qu'elle émet lorsqu'on veut la faire causer. La démarche est lente, difficile, chancelante parfois. La langue, sortie de la bouche, présente un tremblement rapide et incessant. La parole est hésitante, tremblante, et constitue un véritable bégaiement. La malade peut encore écrire, mais les caractères qu'elle trace sont presque illisibles et dénotent le désordre de ses mouvements.

5 *mai.* — La malade est prise ce matin d'une attaque épileptiforme caractérisée par des convulsions généralisées, s'étendant à tout le corps. Secousses dans les membres supérieurs et inférieurs, contractions violentes des muscles de la face; écume sanglante à la bouche; on observe, en un mot, tous les caractères d'un accès d'épilepsie franche. La durée de l'attaque a été de deux heures, durant lesquelles il y a eu des rémissions; mais il ne se passait pas cinq minutes d'intervalle entre deux accès. Coma profond après l'attaque; respiration stertoreuse; résolution complète du corps. Trente-six heures après seulement, la malade est revenue à elle.

Nous avons appris que cette malade avait déjà eu une attaque, analogue à celle qui précède, six mois auparavant, et qu'à sa suite, on avait observé une aggravation notable des symptômes qu'elle présentait alors.

—La cause intime de ces attaques épileptiformes et apoplectiformes a été diversement interprétée. Laissant de côté l'opinion de ceux qui ne veulent voir dans ces accidents que des phénomènes *sine materiâ*, nous dirons que la plupart des auteurs les regardent comme étant produites par une congestion

intense de la substance cérébrale. Dans les leçons qu'il a faites l'an dernier à la Salpêtrière, M. Aug. Voisin les considère comme étant souvent le résultat d'ecchymoses méningées, de fluxions pachi-méningitiques et même d'hémorrhagies capillaires, produites par la rupture de dilatations ampullaires des artérioles. Dans plusieurs autopsies de malades ayant succombé à la suite de ces accidents, ce médecin a constaté des dilatations notables des vaisseaux des corps rhomboïdaux. Or comme, d'une part, la même altération se rencontre souvent seule dans l'épilepsie simple; comme, d'autre part, d'après M. Luys, le cervelet prend une part active à la production des accès épileptiques par suite de la communication qui existe entre lui et le bulbe au moyen des pédoncules inférieurs et moyens, il en résulte que l'accès épileptique et l'accès épileptiforme reconnaissent le même mode pathogénique, mode si bien mis en lumière par les expériences de M. Brown-Séquard. Dans l'un et l'autre, du reste, les caractères symptomatiques sont identiques : c'est le même début brusque, subit, la même pâleur de la face, ce sont les mêmes accidents convulsifs et comateux. Dans l'un et l'autre, le sphygmographe donne des lignes d'une similitude parfaite : même lenteur, même dicrotisme, même forme. En un mot, entre ces deux manifestations morbides il n'y a qu'une différence, celle de la cause initiale.

—A côté de ces phénomènes de congestion encéphalique, il en est d'autres non moins curieux et non moins intéressants, qui reconnaissent pour point de départ des altérations des organes de la cavité rachidienne. Ce sont des contractions des muscles, partielles ou généralisées, passagères ou intermittentes, résultat de la production de néo-membranes formées sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde spinale, néo-membranes que l'on considère généralement comme un produit de sécrétion de cette membrane. D'autres fois, on observe des convulsions tétaniformes bien caractérisées qui coïncident avec une altération spéciale de la membrane séreuse de la moelle. L'observation suivante est un exemple remarquable de ce genre de phénomènes pathologiques de la paralysie générale.

Observ. V.

Ch..., 38 ans, est entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, en décembre 1867.

Nous n'avons pu recueillir aucun antécédent positif sur

cette malade : à son entrée à l'hospice elle avait du tremblement de la langue ; elle était triste, abattue, cherchait l'isolement. Aujourd'hui (mai 1868), elle présente des symptômes plus accentués : sa parole est difficile, elle articule les mots d'une façon très-imparfaite, et ne prononce que des phrases incohérentes. Sa langue, sortie de la bouche, présente une série d'oscillations rapides dans tous les sens. La malade se promène toute la journée dans les cours, mais elle marche avec difficulté ; elle chancelle souvent et décrit de nombreux zigzags avant d'arriver à un point qu'on lui indique. Les mouvements des membres supérieurs et inférieurs sont très-limités et on observe qu'il existe une certaine roideur dans ces parties. La sensibilité au toucher et au pincement est diminuée, mais non abolie : pas d'hémiplégie. La vessie et le rectum ne fonctionnent plus ; il y a émission involontaire des urines et des matières fécales.

9 *mai*. — Depuis deux ou trois jours, cette malade présente de légères convulsions se produisant à des intervalles variables plusieurs fois par jour. — Depuis hier au soir, ces accidents sont plus accentués et se montrent toutes les cinq ou six minutes. Nous les avons observés attentivement ce matin ; voici en quoi ils consistent : la tête se recourbe brusquement en arrière, les muscles du cou sont contracturés ; il y a du trismus, les dents de la mâchoire inférieure sont fortement arc-boutées contre celles de la mâchoire supérieure ; d'où impossibilité pour la malade de tirer la langue, de boire, de parler. — Les paupières sont closes ; si on les soulève on voit que les pupilles sont égales et contractiles. — Les membres supérieurs sont droits, rigides ; il est impossible de fléchir l'avant-bras sur le bras. Les membres inférieurs sont étendus, immobiles. La colonne vertébrale est incurvée en avant, de telle sorte que la poitrine est saillante, comme soulevée. Les muscles du thorax sont durs et tendus ; la respiration est difficile, anxieuse, entrecoupée.

Les convulsions se développent spontanément, mais on peut aisément les provoquer : pour cela il suffit de pincer et même de toucher la malade. L'électrisation du tronc et des membres détermine la production des accès. Un bruit perçu par la malade produit le même effet : ainsi le battement d'une montre placée près de l'oreille suffit pour amener une violente contraction des muscles.

Dans l'intervalle des accès, la malade ouvre les yeux, s'assied sur son lit et regarde autour d'elle, mais sans articuler une

seule parole. Elle a un trismus continuel : il lui est impossible de boire.

Le pouls est régulier et bat 88 fois par minute ; la température axillaire ne va pas au delà de 38°.

Traitement : Injection sous-cutanée de 6 centigrammes de curare. — Toutes les deux heures injection de 2 centigrammes de curare.

Soir, 6 *heures*. — La malade a eu plusieurs accès depuis ce matin ; l'un a été provoqué par la piqûre faite pour l'injection curarique. — Ce soir, la malade a les yeux ouverts ; son pouls est fort et bat 92 fois par minute. Elle transpire abondamment : l'injection provoque quelques mouvements convulsifs dans les jambes et dans les muscles du cou.

11 *heures*. — Depuis trois heures environ, la malade est dans un état de somnolence ; elle n'a pas eu d'accès ; par le pincement on ne détermine la production d'aucun mouvement. Les pupilles sont dilatées et inégales. Le chatouillement de la plante des pieds détermine quelques mouvements réflexes. — La peau est chaude, le pouls large et fort, la respiration irrégulière. T. A. 39°.

11 *mai*. — La malade est dans le décubitus latéral. Sa face est rouge, animée ; sa peau couverte de sucurs. Elle cherche à descendre de son lit ; ses paupières sont largement ouvertes ; ses pupilles sont fortement dilatées. Par le pincement, on ne provoque pas d'accès convulsif. Elle a 44 respirations par minute ; pouls régulier à 124 ; T. A. 40° 6.

11 *heures* : face très-rouge ; peau brûlante : 44 respirations ; P. 124 ; T. A. 41° 1. — Roideur des muscles du cou ; — pas d'accès tétanique par le pincement ; — pas de trismus ; la malade tire la langue si on le lui demande.

6 *heures* : Sueurs abondantes ; face animée ; peau brûlante, soif vive, 48 respirations ; P. 126 ; T. A. 41° 2.

12 *mai*. — La nuit a été calme ; la malade a dormi et n'a pas eu d'accès ; — plus de trismus. Ce matin le pincement ne provoque aucune contraction. L'analyse de l'urine de cette malade donne 31 grammes d'urée pour 1,000 grammes de liquide.

Soir. — La malade tousse un peu ; sa respiration paraît gênée. A l'auscultation, on entend dans le tiers moyen du poumon quelques bouffées de râles crépitants. 124 pulsations ; T. A. 41° 2.

Julep diacodé avec 20 centigrammes de kermès. Tisane pectorale.

13 *mai*. — La malade a eu pendant la nuit une attaque tétanique. — La peau est sèche, brûlante. Toux forte, fréquente. — Râles crépitants. — P. 128; T. A. 40° 8.

14 *mai*. — Grande oppression : 52 inspirations ; — chaleur âcre de la peau. Hier soir, attaque tétanique spontanée avec renversement de la tête en arrière. — La lésion pulmonaire s'est étendue et occupe les deux tiers supérieurs du poumon gauche. — P. 128; T. A. 41° 2.

La malade meurt dans la journée.

Autopsie. — *Poumons*. — Hépatisation rouge occupant toute la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche ; — légère quantité de liquide dans la plèvre du même côté.

Cerveau. — On trouve les altérations qui caractérisent la paralysie générale : adhérence des membranes à la substance cérébrale ; — épaississement de ces membranes ; — ramollissement de la substance grise, etc.

Cavité rachidienne. — Les lésions les plus intéressantes s'observent du côté de la cavité rachidienne. Il n'y a pas de sang dans le canal rachidien : les vaisseaux des méninges sont fortement injectés. Sur l'arachnoïde, on voit ramper un grand nombre de capillaires gorgés de sang, de sorte que cette membrane offre un aspect rougeâtre. Elle présente à la surface de son feuillet pariétal un sablé sensible sous le doigt : en quelques points, ce sablé, offrant à la vue l'apparence de petites papilles saillantes, est tellement abondant, que sous le doigt il donne la sensation d'une langue de chat. C'est surtout dans la partie supérieure, dans la région cervicale surtout, que l'on constate cette disposition. Ces petites granulations s'observent aussi plus abondantes dans la moitié postérieure de l'arachnoïde pariétale, où l'on voit, principalement au niveau des racines nerveuses, de petits tractus celluleux qui s'étendent de cette membrane à la moelle. La rougeur de l'arachnoïde n'est pas uniforme ; elle est beaucoup plus marquée en certains points, et c'est dans ces points que les granulations sont le plus nombreuses. A la loupe, ces petites saillies sont très-apparentes et paraissent contenir un liquide séreux. Elles donnent à la vue tout à fait l'idée des follicules isolés de l'intestin.

La *moelle épinière* ne présentait d'autre altération qu'un léger degré de congestion.

Examen microscopique des granulations de l'arachnoïde fait par M. Liouville. — 1° *faible grossissement*. — Au milieu d'une trame assez résistante, d'apparence blanchâtre, composée de

tissu connectif, enserrant des nerfs et des vaisseaux, on distingue des masses proéminentes, le plus souvent arrondies, irrégulièrement terminées sur leurs bords, ne paraissant pas avoir d'enveloppe propre qui les encellule. Ces masses sont constituées par des *granulations graisseuses* de volume différent, de teintes plus ou moins foncées, très-rapprochées, placées soit les unes sur les autres, soit les unes à côté des autres ; ce qui donne l'aspect saillant, l'apparence d'une mûre et la teinte foncée noirâtre de quelques places. — Si l'on vient à presser la préparation, ces amas se rompent, et la plupart des granulations, soit libres, soit en petites masses, se disséminent çà et là. — Elles ne se colorent pas par le carmin.

2° *Forts grossissements.* — On s'assure bien encore qu'il s'agit de granulations graisseuses, de tailles différentes ; mais de plus on distingue qu'elles se trouvent comme superposées, proéminentes ou même mêlées à des amas plus ou moins abondants de *noyaux volumineux*, arrondis ou légèrement ovalaires, bien limités et qui semblent être des noyaux, mais de volume énorme, de tissu conjonctif. — Ils se trouvent ainsi par groupes, agglomérés, assez serrés les uns contre les autres, ne paraissant pas avoir d'enveloppe propre qui les encellule, intriqués dans des mailles de tissu connectif qui devient plus net sur les bords de ces sortes d'*îlots de noyaux*. — Mais en outre ces noyaux, *qui se colorent par le carmin,* d'une façon nette, se retrouvent alors isolés, disséminés, en plus ou moins grand nombre, mais de volume égal, et toujours considérable, sur le reste de la trame du tissu conjonctif, qui paraît plus épais, plus intriqué qu'à l'état normal. — De plus, c'est cette trame proliférée, elle aussi, qui enserre, comme dans une sorte de gangue, des *nerfs*, des *vaisseaux*, à parois plus épaisses, quelques petites masses calcaires, mal déterminées, à cercles concentriques, de rares amas granulés teints par l'hématoïdine et quelques granulations graisseuses isolées ou en petits groupes.

— C'est Bayle qui le premier signala à la surface libre de l'arachnoïde cérébrale, dans la paralysie générale, la production d'exsudats albumineux plastiques, disposés sous forme de petites aspérités sphériques. Depuis, les granulations de l'arachnoïde ont été observées fréquemment dans cette affection : on ne les a pas trouvées seulement à la surface de la séreuse hémisphérique, mais encore dans les ventricules latéraux et même dans le quatrième ventricule où elles ont été rencontrées

par M. Joire. Mais nous ne connaissons pas d'observations dans lesquelles l'existence de cette altération ait été constatée sur l'arachnoïde spinale. De tous les auteurs que nous avons consultés à ce sujet, aucun n'en fait mention : aussi notre dernière observation nous paraît-elle intéressante, car elle constitue un fait très-rare, sinon unique, dans la science. »

La Tribune médicale.

2e année.

1° *Ne pourrait-on pas porter les anesthésiques directement sur l'utérus dans les cas d'attaques hystériques ou éclamptiques graves?* par MM. Saurel et de Robert de Latour (nos 70 et 71).

Chez une femme atteinte d'une attaque grave d'hystérie, M. Saurel a obtenu la disparition complète des accidents en portant deux perles d'éther à l'ouverture du col de l'utérus. Il s'est demandé à cette occasion s'il ne serait pas rationnel, chez les femmes hystériques, d'employer la vapeur d'éther portée de temps en temps sur la surface des cavités utérine ou vaginale.

M. de Robert de Latour, qui fait procéder toutes les attaques d'hystérie des organes générateurs, répond affirmativement à la question de M. Saurel; mais il conseille de n'avoir recours à ce mode de traitement que dans les cas où l'hystérie ne se lie pas à des lésions matérielles des organes générateurs.

2° *Hystérie*; *chloroforme*; par M. le Dr A. Liégard, de Caen (n° 73).

Depuis une quinzaine d'années, M. le Dr Liégard emploie avec succès les inhalations de chloroforme pour combattre les accès d'hystérie. Il conseille seulement d'augmenter progressivement la dose de l'anesthésique et de recommencer l'inhalation aussi souvent que surviennent de nouvelles secousses convulsives. Quant à la maladie nerveuse elle-même, dont les crises convulsives ne sont que des manifestations, elle est très-avantageusement combattue par le bromure de potassium à la dose de 2 à 5 grammes.

3° *Très-importante observation d'épilepsie holopathique*; par M. le Dr Rousset, de Vallière (n° 73).

Cette observation mérite d'être reproduite :

« M. P..., huissier, était, il y a près de dix ans, épileptique au point de se faire accompagner constamment dans ses *exploits* par son fils, son *alter ego*, auquel il aurait bien désiré céder sa charge d'huissier, si ce jeune homme avait eu l'âge voulu.

Mais les accès d'épilepsie devenant de plus en plus graves et fréquents (tous accès dont il tenait compte de sa main et m'a montré les heures, la durée, etc., dans un registre *ad hoc*), M. P... cherchait à vendre sa charge, lorsqu'un accès terrible et plus effrayant que les précédents étant survenu, son fils vint à bride abattue me chercher, en me disant : « Vite, vite! mon père se meurt, mon père sera peut-être mort à notre arrivée! »

A notre arrivée, l'accès était passé, et le malade me montra le registre, fort bien tenu, de tous ses accès précédents, avec les ordonnances et consultations, toutes excellentes, parfaites *contre l'épilepsie*, entre autres une ou plusieurs de M. le professeur Cruveilher, qui, s'étant trouvé à Limoges, avait été consulté et dont on avait suivi ponctuellement les prescriptions, sans nulle amélioration et, au contraire, les accès étant devenus plus graves, plus effrayants, à tel point que le fils, qui pourtant devait y être habitué, en avait été alarmé au dernier point.

Certes, à la vue de prescriptions si sages, si parfaites toutes *contre l'épilepsie*, je ne pouvais rien prescrire de mieux.

Mais je demandai au malade dans quelles circonstances le premier accès était survenu.

Voici sa réponse : « Avant le premier accès, je me trouvais chez le Dr Solignac, en passant à Crocq, en voyage, lorsque mon genou devint extrêmement douloureux et enflé. A minuit la première attaque eut lieu... dès lors l'affection du genou avait disparu... »

A cette réponse, j'ai pris les deux mains du malade, toutes deux nouées par la goutte, et je lui ai affirmé que la goutte seule était cause de ses accès, que les traitements excellents contre l'épilepsie étaient nuls quant *à la cause*, quant *à la goutte* ; enfin, je lui demandai six mois de traitement contre la goutte, au bout desquels, s'il n'était pas guéri, il pourrait vendre sa charge.

Je l'ai traité uniquement par la teinture de semences de colchique d'automne d'abord, puis, pour plus de sûreté, par l'excellent vin de colchique d'Anduran de la Rochelle.

Dès lors mon épileptique n'a plus eu d'accès, ne s'est plus fait accompagner par son fils, et depuis près de dix ans ne cesse de faire des exploits, se portant mieux que vous et moi.

Est-ce concluant ? »

Oui assurément, répondrons-nous. Le traitement employé par M. Rousset était le seul rationnel. Mais que de fois il est impossible de remonter à la cause de la maladie!

4° *Sur le siége de la faculté du langage articulé*, par M. le professeur Broca (n°s 74 et 75).

L'importance de ce travail, communiqué en 1868 à la section de biologie de l'Association britannique, nous engage à le reproduire *in extenso :*

« Toutes les parties de la masse circonvolutionnaire du cerveau ont-elles les mêmes fonctions, ou n'y a-t-il pas des parties plus ou moins circonscrites qui seraient douées d'attributions particulières? Tel est le problème de physiologie générale que je me suis efforcé de résoudre lorsque j'ai entrepris, il y a déjà plus de sept ans, mes recherches sur le siége de la faculté du langage articulé.

Cette faculté, dont l'intégrité, l'altération ou la destruction sont faciles à constater, se prêtait mieux que toute autre à ce genre de recherches; car elle est à la fois nettement déterminée, et manifestement indépendante du reste de l'intelligence. Elle existe chez un grand nombre d'idiots, ou d'individus parvenus au degré le plus extrême de l'imbécillité et de la démence, et on la voit disparaître quelquefois chez certains individus qui semblent n'avoir perdu aucune autre aptitude intellectuelle.

Il semble que rien ne doive être plus facile que de constater l'état de cette faculté. Il y a cependant beaucoup de cas où il est plus ou moins difficile de savoir si le trouble ou l'abolition de la parole dépend d'une altération de la faculté propre du langage articulé, ou de diverses autres causes. Sans parler des sourds-muets, de certains idiots réduits à la condition de la brute, de certains maniaques qui, pareils aux disciples d'Apollonius de Tyanes, gardent quelquefois pendant plusieurs années un silence systématique, l'altération de la parole peut être la conséquence de quatre ordres d'affections bien distinctes, qui sont en rapport avec les quatre éléments dont se compose la fonction du langage. Pour parler : 1° il faut avoir une idée à exprimer; 2° il faut connaître les rapports que la convention a établis entre les idées et les mots ; 3° il faut posséder l'art, acquis à la suite d'une longue et difficile éducation, de combiner avec régularité les mouvements délicats des organes de l'articulation, de manière à produire immédiatement et sans

effort les mots convenables ; 4° enfin, il faut que les organes de l'articulation soient dans un état d'intégrité qui leur permettent d'obéir instantanément aux ordres de la volonté.

Ces quatre éléments sont également nécessaires pour l'exercice de la fonction du langage articulé, et il suffit que l'un d'eux soit atteint pour que la parole soit altérée ou abolie.

La perte de la parole n'est pas une maladie particulière ; mais ce serait bien à tort que, sous prétexte qu'elle n'est qu'un symptôme, on chercherait à la désigner toujours sous le même nom ; car ce symptôme peut appartenir à quatre affections, ou plutôt à quatre groupes d'affections essentiellement distinctes. Il en résulte, pour l'analyse des faits comme pour leur synthèse, des confusions continuelles qui, pendant bien longtemps, ont empêché toute espèce de progrès. Pour dissiper ces confusions, la première condition serait d'adopter une nomenclature uniforme et rigoureuse.

Déjà, dans mes premiers travaux, je m'étais efforcé d'établir l'un des termes de cette nomenclature, en déterminant aussi bien que je l'avais pu l'un des quatre groupes, et en employant le nom d'*aphémie* pour caractériser la perte du langage spécialement afférente à ce groupe ; mais, depuis lors, ceux qui ont écrit sur le même sujet, ont plus d'une fois rétabli la confusion que j'avais voulu éviter. Il me paraît donc nécessaire de compléter aujourd'hui la nomenclature des divers groupes de cas où la parole est altérée ou abolie.

Le premier groupe comprend les cas où l'on ne parle pas, faute d'avoir des idées à exprimer ; où l'on a perdu ce qu'on appelle « la connaissance », et où l'individu est privé de cette espèce de « grand ressort » de l'intelligence que désignait, dans son acception la plus élevée, le mot grec λογός. Je propose de désigner dans ce cas la perte de la parole sous le nom d'*alogie*.

Dans le second groupe, je range les cas où les malades ne connaissent plus les rapports conventionnels établis entre les idées et les mots. Ils peuvent encore, de diverses manières, comprendre les signes qu'on leur fait, et montrer qu'ils les comprennent ; ils peuvent même prononcer des paroles confuses, qui souvent n'ont aucun rapport avec les idées qu'ils voudraient exprimer, mais ils ont oublié le sens des mots qu'ils prononcent, et ne comprennent pas mieux ceux que l'on prononce autour d'eux. Ils peuvent, d'ailleurs, quelquefois, montrer qu'ils ne sont pas privés de toute espèce de mémoire ; ils

reconnaissent les objets, les visages, les localités; on peut souvent, à l'aide de certains gestes, ou même de certains mots qu'ils n'ont pas oubliés, réveiller en eux des souvenirs déjà éloignés : on ne saurait donc prétendre qu'ils aient perdu la mémoire; mais ils ont perdu la mémoire spéciale des mots, le plus souvent celle des mots écrits aussi bien que des mots parlés. Pour désigner leur état, j'emploierai l'expression d'*amnésie verbale*, déjà usitée par M. Lordat. Quoique cette dénomination ait été récemment, en vertu d'une théorie erronée, appliquée à des cas d'un ordre tout différent, je juge utile de la conserver, parce qu'elle a une acception bien évidente et qu'elle est d'ailleurs parfaitement exacte.

Le troisième groupe est celui pour lequel j'ai proposé le nom d'*aphémie*. L'aphémique a des idées, et les exprime par des gestes, ou même par quelques mots qu'il sait encore prononcer et auxquels il attribue un sens plus ou moins bien déterminé; son vocabulaire est quelquefois tout à fait nul, d'autres fois réduit à quelques monosyllabes, ou à quelques jurons, ou à quelques mots étranges qui ne sont d'aucune langue; d'autres fois, enfin, il est plus étendu, et on a pu se demander si ces diverses atteintes du langage ne dépendaient pas d'un degré plus ou moins prononcé d'amnésie verbale. Mais ce qui distingue nettement ce cas du précédent, c'est que le malade comprend ce qu'on lui dit, qu'il reconnaît parfaitement le sens des mots et des phrases que l'on prononce, et qu'il ne peut pas répéter. Il n'a donc pas oublié les rapports qui existent entre les idées et les mots, et s'il n'a pas oublié le sens des mots, c'est la preuve qu'il est exempt de l'amnésie verbale. Il peut y avoir sans doute, dans la clinique, des cas où le diagnostic de ce cas et du précédent peut être douteux, comme il y a des cas ou le dignostic entre un kyste et un lipome peut rester indécis; mais les groupes pathologiques existent indépendamment des confusions qui peuvent se produire dans la pratique; et le diagnostic de l'aphémie et de l'amnésie verbale est d'ailleurs si aisé dans beaucoup de cas qu'il me paraît difficile de méconnaître la distinction de ces deux types.

Le quatrième groupe, enfin, comprend les cas où les agents mécaniques de l'articulation ont perdu leurs fonctions par suite d'une altération des muscles, des nerfs ou des parties de l'encéphale qui tiennent ces nerfs sous leur dépendance. Il n'est pas nécessaire pour cela que les muscles de l'articulation soient entièrement paralysés. Le mécanisme de la parole est si déli-

cat, il exige des mouvements si rapides, si précis, si bien coordonnés, qu'il suffit souvent d'une hémiplégie même incomplète de la langue pour porter une profonde atteinte à l'articulation des sons. Bien que certaines complications cérébrales puissent rendre quelquefois assez difficile la distinction de ce cas et du précédent, il n'est personne qui n'ait compris la nécessité de les séparer. On a proposé dans ces derniers temps de désigner sous le nom d'*aphonie* l'altération ou la perte du langage qui est la conséquence de la paralysie. C'était effectivement le sens que les anciens donnaient le plus souvent à ce mot. Mais on s'accorde généralement aujourd'hui à réserver le nom d'aphonie pour désigner le symptôme, essentiellement différent, de l'abolition de la voix. Or, il n'y a absolument aucun rapport entre la production du son vocal, qui rend l'articulation bruyante, et l'articulation elle-même, puisque les individus qui ont perdu la fonction laryngée peuvent encore parler correctement à voix basse. Le nom d'aphonie ne convient donc pas ici. Il y a dans la science un mot qui exprime la perte de la parole, et qui a été appliqué à des cas extrêmement divers, mais qui, n'ayant jamais prévalu dans les nomenclatures médicales, peut, sans inconvénient, être restreint aujourd'hui à un sens particulier : c'est le mot *alalie* (α priv. ; λαλεῖν, parler). Obligé, pour la clarté du langage, de donner un nom spécial au quatrième groupe des cas où la parole est altérée ou perdue, je propose d'appliquer l'expression d'alalie à ce quatrième groupe, en y ajoutant l'épithète de *mécanique* qui lui donnera une acception plus précise.

En résumé, la nomenclature que je propose est la suivante :

1° *Alogie*, ou perte de la parole par suite de la perte de l'intelligence en général ;

2° *Amnésie verbale*, ou perte de la parole par suite de la perte de la mémoire des mots ;

3° *Aphémie*, ou perte de la parole par suite de l'altération de la faculté spéciale du langage articulé ;

4° *Alalie mécanique*, ou perte de la parole par suite de l'impuissance des agents mécaniques de l'articulation.

Ces quatre mots, formés à l'aide de l'A privatif, ne doivent pas faire naître l'idée que la parole soit toujours entièrement perdue. Elle l'est, en effet, et elle l'est complètement, dans les degrés les plus avancés, mais le plus souvent elle n'est pas complétement abolie, et quelquefois même l'affection se réduit à un simple trouble de la fonction du langage.

J'ai évité à dessein de faire figurer dans la nomenclature précédente le mot *aphasie*. Dans l'origine, ce mot, venu du grec, comme tous les autres, ne devait, dans la pensée de celui qui l'a promulgué, être qu'un synonyme du mot aphémie, que les hellénistes raffinés trouvaient trop béotien. La Béotie, si elle était quelque part, n'était pas de mon côté. — On objectait que la seconde syllabe du verbe φημί, étant une finale, ne pouvait entrer dans la composition des dérivés; mais on oubliait l'existence du verbe φημίζω, je prononce, des substantifs φήμη, et φῆμις, voix et parole, et enfin de l'adjectif ἄφημος et de l'adverbe ἀφήμως, qui tous deux expriment le silence, et que les anciens Grecs, les vrais Grecs de l'Hellade, employaient sans se douter que les Athéniens de Paris leur donneraient plus tard une leçon de grec. — Moi aussi, lorsque, pour la première fois, je cherchai un nom pour désigner la perte de la faculté spéciale du langage articulé, j'avais d'abord songé au mot aphasie ; mais je l'avais écarté, parce que les lexiques lui donnaient une signification précise, une acceptation toute morale, exprimant l'état mental d'un raisonneur embarrassé, qui reste court en attendant qu'il lui vienne un argument. Sachant combien les hellénistes sont difficiles, je n'avais pas osé, et de plus je n'avais pas voulu détourner entièrement ce mot de son acception classique, et j'avais cru nécessaire de créer un mot nouveau pour désigner une catégorie nouvelle. — Quoi qu'il en soit, je suis loin de regretter que feu le professeur Trousseau se soit servi du mot aphasie, car, après l'avoir appliqué d'abord à des cas semblables à ceux que j'avais rapportés et caractérisés dans mon premier mémoire, il n'a pas tardé à l'étendre à des cas tout différents, à l'amnésie verbale ou même générale, à des cas de congestion cérébrale passagère, et surtout à bon nombre de cas *incertæ sedis*, dont la symptomatologie n'a pas été suffisamment analysée. Il a ainsi rétabli, dans la pathologie du langage, une partie des confusions que j'avais cherché à dissiper, et je préfère, pour ma part, que ces confusions se soient répandues sous l'étiquette de l'aphasie plutôt que sous celle de l'aphémie, qui conserve dès lors sa première signification. Je ne propose point d'ailleurs de supprimer le mot aphasie. Son défaut de précision permet de l'utiliser dans les cas où diverses complications rendent le diagnostic incertain. — Par exemple, lorsqu'on n'a pas pu déterminer, faute de renseignements suffisants, si un individu qui ne parle pas est aphémique ou amnésique, il est bon de pouvoir dire

du moins qu'il est aphasique ; mais si un nouvel examen ou de nouveaux renseignements, ou le développement ultérieur de la maladie viennent donner au diagnostic la certitude qui lui manquait, alors il y a lieu de remplacer le terme vague d'aphasie par le mot précis qui exprime le diagnostic.

Sur un sujet aussi ardu, étudié depuis si peu d'années, relatif aux lésions d'un organe aussi complexe que le cerveau et dont la physiologie est si peu avancée, — lorsqu'il s'agit de fonctions propres à l'homme, dont l'étude ne peut être éclairée par les vivisections, et lorsqu'enfin on n'a d'autres moyens d'information que l'observation des désordres morbides, lesquels presque toujours atteignent à la fois plusieurs parties de l'encéphale et troublent plusieurs fonctions — l'analyse des cas particuliers offre une difficulté exceptionnelle, et quelquefois insoluble dans l'état actuel de nos connaissances. Ne soyons donc pas étonnés si le diagnostic des diverses espèces de troubles du langage est souvent obscur et quelquefois impossible. Mais ne renonçons pas pour cela à l'espoir d'élucider cet important problème. Il est clair toutefois que si nous pouvons avoir quelque chance d'y réussir, ce n'est pas en nous heurtant de front contre les cas compliqués et incertains, c'est en nous attachant spécialement à ceux qui sont simples et évidents. Je suis loin, certes, de dédaigner les travaux qui ont été faits sur l'ensemble de la question; ils ont une grande importance pathologique, un grand intérêt psychologique; mais pour le but que je me suis proposé, et qui consiste à chercher s'il existe dans le cerveau un siége particulier pour la fonction du langage, j'ai dû me restreindre à l'étude spéciale des cas d'aphémie bien déterminée. J'exposerai donc maintenant les notions à l'aide desquelles on peut établir pendant la vie le diagnostic de l'aphémie avec assez de précision pour pouvoir ensuite, à l'autopsie, chercher la lésion qui a été la cause déterminante des troubles de la parole.

Le diagnostic est tout à fait certain lorsque les malades ont conservé toute leur intelligence, lorsqu'ils n'ont aucune paralysie de la langue, ni des membres, qu'ils peuvent continuer à lire, à écrire, à travailler du corps ou de l'esprit. Les cas de ce genre ne s'observent guère qu'à la suite de certaines lésions traumatiques ; les lésions pathologiques peuvent cependant les produire aussi, mais c'est très-exceptionnel. Le plus souvent (quoique on m'ait fait dire le contraire), l'intelligence est plus ou moins altérée. Les malades ont perdu, en même temps que la

parole, la lecture et l'écriture ; ils sont, en outre, ordinairement atteints d'une hémiplégie qui, existant presque toujours à droite, les prive, pour le langage des gestes, de leur membre le plus expressif; enfin cette hémiplégie peut gagner la langue elle-même, et faire croire que l'altération de la parole n'est qu'une alalie mécanique. C'est alors que naissent les difficultés du diagnostic, et elles sont d'autant plus grandes, cela est évident, que l'intelligence est plus profondément troublée.

Il s'agit d'abord de distinguer l'aphémie de l'amnésie verbale. Lorsque le malade ne comprend plus du tout ce qu'on lui dit, lorsqu'il ne reconnaît ni son nom, comme cela arriva au grand orateur romain Messala Corvinus, ni celui de ses proches, ni celui de son pays, de sa résidence, de sa profession, et lorsqu'il montre cependant qu'il sait reconnaître, à première vue, les personnes et les choses, il est certain qu'il est amnésique. Mais il y a des degrés moins avancés d'amnésie verbale qui sont beaucoup moins évidents. L'amnésie peut être incomplète ; on peut se souvenir de certains mots et avoir oublié les autres. On peut ne pas comprendre certaines phrases et comprendre des phrases plus courtes, plus simples ou plus vulgaires. L'observateur peut se demander alors si l'impossibilité où se trouve le malade de prononcer certains mots vient de ce qu'il en a oublié le sens, ou de ce qu'il a oublié comment on les prononce. Il serait amnésique dans le premier cas, aphémique dans le second. L'expérience à faire pour éclairer la question consiste, d'une part, à adresser au malade d'abord des paroles banales et usuelles, puis des phrases plus compliquées, et de voir à quel moment il cesse de comprendre ; — d'une autre part, à essayer de lui faire prononcer les mots qui lui manquent ; s'il les prononce immédiatement et sans effort il n'est pas aphémique, il est amnésique, puisqu'il a suffi pour le tirer d'embarras de lui rafraîchir la mémoire. Quant aux malades qui, dans le discours courant, disent un mot pour un autre, ils sont plus probablement amnésiques qu'aphémiques, quoiqu'il puisse cependant se faire, dans le début de l'aphémie, que la substitution des mots s'effectue par une sorte d'automatisme ; mais alors, en général, le malade s'aperçoit de cette substitution et s'en afflige ou s'en impatiente ; il recommence sa phrase, et arrivé au même point, il commet de nouveau la même erreur : ce caractère indique l'aphémie.

Il y a, comme on le voit, plusieurs traits distinctifs qui peuvent conduire à un diagnostic plus ou moins net; mais ils sont assez vagues au début; et ils deviennent de nouveau incertains dans une période plus avancée, lorsque la lésion, ayant fait des progrès, a porté une grave atteinte à l'intelligence. Il y a donc beaucoup de cas ambigus, qui ne peuvent, à cause de leur incertitude, peser d'un grand poids dans la balance lorsqu'on cherche, au moment de l'autopsie, à déterminer le siége de la faculté du langage. J'ajoute maintenant que si, au point de vue de l'analyse physiologique et pathologique, l'amnésie verbale et l'aphémie sont essentiellement différentes, il est assez probable qu'au point de vue du siége de la lésion qui les produit, elles doivent se rapprocher beaucoup; car il y a des raisons de supposer que la mémoire des mots doit avoir des relations étroites avec la partie de l'encéphale qui régit la prononciation des mots. Dans le fait, il m'est arrivé de trouver à l'autopsie d'une vieille femme, que j'avais jugée atteinte d'amnésie verbale, une lésion qui avait le même siége que celles de l'aphémie; mais l'amnésie verbale est quelquefois si difficile à distinguer, surtout lorsqu'elle est très-avancée, de l'amnésie générale qui dépend d'une atteinte générale de l'intelligence, — qu'il est prudent de ne pas faire intervenir les cas d'amnésie, quels qu'ils soient, dans les investigations qui ont pour but la recherche du siége de la faculté du langage articulé.

L'aphémie doit être distinguée, maintenant, des troubles de la parole qui rentrent dans le groupe désigné sous le nom d'*alogie*, et qui sont la conséquence de l'abolition plus ou moins complète de l'intelligence.

On voit souvent des individus presque entièrement abrutis et qui cependant expriment le peu d'idées faibles ou absurdes qui leur restent par des mots convenablement articulés. On en voit même qui n'ont plus aucune connaissance, qui ne comprennent rien, qui ne reconnaissent personne, qui ont évidemment perdu la totalité de leur intelligence, et qui cependant continuent à articuler aisément, quelquefois avec volubilité; ils parlent tout à fait au hasard; ils débitent des enfilades de mots qui n'ont aucun sens, ou réitent hors de propos des phrases depuis longtemps stéréotypées dans leur esprit; mais, quoique ils ne comprennent nullement ce qu'ils disent, ils continuent cependant à prononcer correctement. Telle était cette vieille femme qui fut admise, en 1864, dans

le service de M. Vulpian, à la Salpêtrière, et qui ne connaissait plus personne; qui ne répondait à aucune question, et qui ne parlait jamais que pour réciter son *Credo* en latin. Elle répétait presque sans erreur cette prière et l'articulait distinctement. A l'autopsie on trouva un ramollissement diffluent du lobe occipital et du lobe pariétal du côté droit; les deux lobes antérieurs étaient relativement sains, et on en a tiré une objection contre la localisation de la faculté du langage; or, ce qui avait péri chez cette femme, ce n'était certainement pas la faculté du langage qui seule avait survécu, lorsque toutes les autres facultés étaient éteintes. Elle était atteinte d'*alogie* sans *aphémie*. Mais les cas de ce genre sont rares. Le plus souvent la parole périt en même temps que l'intelligence, et, lorsque les lésions sont assez avancées pour que les malades cessent de comprendre ce qu'on leur dit, sans cesser pour cela d'émettre des mots sans suite ni sens, leur prononciation embarrassée, incertaine, ou même tout à fait inintelligible, rappelle plus ou moins celle des aphémiques.

D'un autre côté, les lésions qui produisent l'aphémie s'étendent souvent à un grand nombre de circonvolutions, et il en résulte que beaucoup d'aphémiques ont perdu une grande partie de leur intelligence. Ils ne pourraient manifester les idées qui leur restent que par le langage des signes, et ils n'ont plus assez de ressources dans l'esprit pour inventer ce nouveau langage; on n'a donc aucun moyen de reconnaître l'état de leurs facultés, et on peut croire qu'ils n'ont plus d'idées à exprimer, quoique en réalité ils en aient encore.

Ainsi, l'alogie peut simuler l'aphémie et réciproquement. Il y a beaucoup de cas où le diagnostic est à peu près impossible, et beaucoup d'autres où il ne repose que sur des probabilités; mais il y en a heureusement un plus grand nombre où il est tout à fait certain. Toute espèce de doute disparaît lorsque le malade, malgré la perte de la parole, donne des signes bien manifestes d'une intelligence capable d'accomplir des actes plus difficiles que la parole elle-même, des actes que ne pourraient pas exécuter d'autres malades qui conservent encore la parole. En d'autres termes, le diagnostic est établi lorsqu'on constate que le malade a évidemment plus d'intelligence qu'il n'en faut pour parler. Cette constatation ne peut être soumise à aucune règle formulée; elle doit être laissée à la sagacité de l'observateur. Elle est

en général facile lorsque l'aphémie est incomplète. Lorsqu'elle est plus ou moins complète, et lorsqu'en outre la mimique est imparfaite, il est quelquefois difficile de savoir si le malade est encore capable de faire un raisonnement, et de concevoir des idées abstraites. Il faut alors varier les questions, choisir celles qui, tout en étant susceptibles de se prêter à une réponse très-simple, exigent cependant un certain degré de réflexion préalable. Les questions de nombre sont celles qui peuvent donner les résultats les plus significatifs. Par exemple, lorsque un malade sait exprimer avec ses doigts des nombres au-dessus de dix; lorsqu'il peut, comme un de ceux dont j'ai publié l'observation, indiquer son âge en désignant d'abord, par un premier signe, le chiffre des dizaines, et par un second signe le chiffre des unités, toute incertitude se trouve aussitôt dissipée.

Parlons enfin du diagnostic de l'aphémie ou de l'alalie mécanique. On a cru qu'il suffisait de constater, pour résoudre la question, l'existence ou l'absence de l'hémiplégie de la langue; cette notion, si elle était admise sans réserve, serait tout à fait trompeuse. Certains aphémiques ont une hémiplégie plus ou moins complète de la langue; la pointe de cet organe est déviée, ainsi que la luette, et de plus, ils avalent maladroitement, ce qui indique un trouble de l'innervation des muscles du voile du palais et du pharynx. L'existence d'une paralysie de la langue ne suffit donc pas pour écarter l'idée de l'aphémie. D'un autre côté, on sait que beaucoup d'hémiplégiques, dont la langue est déviée depuis longtemps, finissent par parler assez bien; la paralysie partielle de la langue ne produit donc pas nécessairement une altération profonde et définitive de la parole. N'oublions pas enfin que les muscles de l'articulation sont souvent paralysés à un degré suffisant pour produire de grands troubles du langage, sans que la langue soit le moins du monde déviée, sans qu'elle ait même cessé d'exécuter à volonté les mouvements d'ensemble. C'est ce qui a lieu en particulier dans la paralysie générale. Les malades, lorsqu'on les en prie, peuvent tirer la langue, la porter à droite et à gauche, et cependant leur parole est très-altérée; ils ne peuvent articuler distinctement certaines syllabes intermédiaires des mots qui ont une certaine longueur. Et cela se conçoit aisément, car il ne suffit pas, pour parler, de pouvoir contracter les muscles de l'articulation, il faut pouvoir les maîtriser entièrement

et leur imprimer, avec une très-grande précision, des mouvements extrêmement délicats et combinés de mille manières; de sorte qu'un trouble d'innervation qui, sur les membres, ne produirait qu'un affaiblissement à peine appréciable, peut, lorsqu'il existe sur la langue, amener une altération très-notable de l'articulation. Voilà pourquoi le tremblement de la voix et la difficulté de la parole constituent très-fréquement le premier symptôme physique, et quelquefois même le seul symptôme du début de la paralysie générale. Nous devons rappeler, toutefois, que M. Baillarger a constaté, dès le début de cette affection, l'existence d'une sclérose très-manifeste de la substance blanche de toutes les circonvolutions des lobes frontaux, avant même que la substance grise environnante soit le siége d'aucune lésion apparente, et avant que les circonvolutions des autres lobes soient altérées. Il ne serait donc pas impossible que cette sclérose des circonvolutions frontales troublât le jeu de celles de ces circonvolutions que je crois affectée à la fonction du langage articulé; s'il en était ainsi, les troubles du langage qui accompagnent la paralysie générale ne seraient pas sans avoir quelque analogie avec ceux de l'aphémie; mais c'est une question que je ne veux pas aborder aujourd'hui, et dont la solution est peut-être encore éloignée.

Quoi qu'il en soit, on voit que le diagnostic de l'aphémie et de l'alalie mécanique est loin d'être aussi facile qu'on l'a dit. Si on ne s'en rapportait qu'à l'examen physique de la langue, on serait exposé à commettre souvent des erreurs. L'analyse physiologique du mécanisme de la parole ne fournit même pas des données certaines. Quoique ordinairement l'hémiplégie de la langue, la paralysie générale et les lésions de l'aphémie ne troublent pas le langage de la même manière, cependant il y a beaucoup de cas où ces trois formes se ressemblent assez pour donner le change. L'analyse psychologique, dans ces cas douteux, peut être d'un grand secours. Ainsi, la paralysie générale amène tôt ou tard un dérangement intellectuel bien caractérisé, et bien différent de celui qui accompagne habituellement l'aphémie. L'hémiplégie linguale, d'une autre part, peut exister chez des individus qui conservent toute leur intelligence, qui continuent à lire, à calculer, à écrire lorsque leur main droite est libre, qui apprennent même, lorsqu'elle est paralysée, à écrire de la main gauche. Ajoutons enfin que les uns et les autres,

hémiplégiques ou paralytiques, ne cherchent généralement pas à suppléer par des signes à l'imperfection de leur parole. L'aphémique, au contraire, sentant les mots lui échapper, et reconnaissant, non sans impatience, l'impuissance des efforts qu'il fait pour parler, cherche à suppléer par la mimique à la faculté qui lui manque; il a des gestes expressifs, une physionomie mobile, souvent fine et même railleuse qui lui donne l'apparence d'un individu très-intelligent, alors même que la plupart de ses facultés sont très-affaiblies.

Je viens de comparer successivement l'aphémie avec les trois autres espèces de perte de la parole, et je crois avoir prouvé que, s'il y a des cas où le diagnostic est certain, il y en a d'autres où il est plus ou moins douteux; et ceux-ci sont même plus fréquents que les autres. J'ai été appelé, il y a quelques années, à donner, le même jour, mon avis sur cinq malades qui avaient plus ou moins perdu la parole; et, après les avoir examinées avec le chef de service, je démontrai qu'une seule était réellement aphémique. Voilà pourquoi j'ai cru devoir insister si longuement sur la question du diagnostic. Le plus grand intérêt de l'étude des troubles de la parole est la recherche du siége de la faculté du langage articulé. C'est le but principal que je me suis proposé dès l'origine dans les recherches qui ont attiré l'attention des observateurs sur ce sujet, jusqu'alors trop peu exploré. Pour cela, sous peine de s'exposer à des erreurs continuelles, sous peine d'introduire, dans la science, des observations trompeuses, il faut ne faire figurer dans les relevés anatomiques que les cas où le diagnostic de l'aphémie a été tout à fait certain pendant la vie, et ces cas sont encore assez communs pour qu'on ait pu, depuis sept ans, en recueillir un bon nombre.

Parmi ces cas choisis pour l'investigation anatomique et physiologique, j'en signalerai quelques-uns qui sont parfaitement clairs. Il y a d'abord l'aphémie traumatique; lorsqu'un individu reçoit à la tête une blessure qui lui fait perdre tout à coup la parole, et qu'au bout de quelques heures ou de quelques jours, après avoir recouvré complétement sa connaissance et ses mouvements, il reste impuissant à parler, on peut le considérer comme aphémique. L'aphémie subite, produite par une attaque d'apoplexie ou par une embolie cérébrale, et qui se maintient ensuite définitivement, ou du moins pendant un temps assez long, après le retour de la connaissance, constitue encore un cas bien déterminé.

Un autre cas tout aussi clair est celui où l'aphémie, survenue peu à peu, a été observée dans sa progression graduelle, lorsqu'on a pu assister en quelque sorte à la destruction du langage, qu'on a vu les mots disparaître l'un après l'autre, et qu'enfin il ne reste plus au malade qu'un court vocabulaire, composé de quelques mots, de quelques monosyllabes, qu'il prononce assez bien, et qu'il applique dans un sens déterminé; si, en outre, par l'emploi de ces mots et par sa mimique expressive, il montre qu'il a encore une quantité notable d'intelligence, et qu'il comprend bien ce qu'on lui dit, on peut diagnostiquer l'aphémie avec certitude.

Je n'ai pas cru devoir, dans les considérations précédentes, m'occuper de la partie du diagnostic qui consiste à déterminer la nature de la lésion cérébrale. S'agit-il d'une apoplexie ou d'une embolie, ou d'un ramollissement aigu ou chronique, ou d'une atrophie circonscrite ou progressive, ou d'une tumeur de la pie-mère, ou de toute autre lésion? Cette partie du diagnostic n'est sans doute point sans intérêt; mais elle ne présente ici rien de bien spécial. Le trouble du langage peut bien servir à deviner le siége de la lésion, mais non à en diagnostiquer l'espèce. Je signalerai cependant un cas où la connaissance du siége ordinaire des lésions de l'aphémie peut amener le clinicien à la constatation d'un phénomène important. Sur plusieurs aphémiques j'ai reconnu, à la main et au thermomètre, l'existence d'une élévation de température au niveau de la région qu'occupe la troisième circonvolution frontale gauche, c'est-à-dire vers le milieu d'une ligne tirée du pavillon de l'oreille à l'angle externe du sourcil. Dans un cas que j'ai observé cette année même, la température du côté gauche était supérieure de deux degrés et demi centigrades à celle du côté droit. Le malade avait depuis peu perdu la parole, à la suite d'une attaque qui d'ailleurs paraissait légère. D'après l'examen thermométrique, je diagnostiquai un ramollissement aigu et portai un pronostic fâcheux qui se réalisa au bout de quelques semaines. Dans un autre cas où l'aphémie dépendait d'une ancienne apoplexie, le thermomètre marqua exactement la même température des deux côtés. Il est clair que ces phénomènes thermométriques doivent varier suivant la nature et aussi suivant l'étendue de la lésion. Il y a donc là un élément qui peut être utilisé dans le diagnostic, mais je me borne à le signaler, parce que les faits dont je dispose sont encore trop peu nombreux pour se prêter à des conclusions. »

5° *Sur le siége anatomique et sur le traitement de la rage*, par M. le Dr Marchal de Calvi (nos 74 et 78).

De l'examen attentif des symptômes les plus constants de la maladie, M. Marchal croit pouvoir conclure que le siége de la rage réside dans le bulbe rachidien et la partie supérieure de la moelle; c'est donc sur la région de la nuque qu'il semble indiqué d'appliquer les agents médicamenteux, l'atropine, la daturine, l'hyoscyamine ou la digitaline, par exemple, auxquelles notre distingué confrère donne la préférence.

6° *Sur la diathèse nerveuse et sur le traitement de l'hystérie par les inhalations de chloroforme;* par le docteur de Léséleuc (n° 76).

M. le docteur de Léséleuc, comme M. Liégard, a souvent employé avec succès les inhalations de chloroforme pour combattre les convulsions et autres accidents de l'épilepsie; mais il ne croit pas à la guérison de la diathèse nerveuse dont la crise hystérique n'est qu'une manifestation. On peut suspendre ces crises pendant de longues années, mais la diathèse nerveuse n'en existe pas moins toujours à l'état latent.

Nous ne sommes point éloignés de partager l'opinion de notre honorable confrère.

7° *Sur l'hystérie*, par M. le docteur Saurel ; *période amorphe des diathèses* ; *aliénations holopathiques* ; par M. Marchal (de Calvi) (n° 89).

Considérations intéressantes, mais non susceptibles d'analyse, sur la période latente des diathèses et sur les névroses et folies diathésiques.

8° *Effet instantané du chloroforme dans les affections convulsives* par MM. les docteurs Liégard et Pisson (nos 91 et 96).

M. Liégard mit fin, en peu d'instants, à de violentes convulsions épileptiques, en injectant dans l'estomac de la malade, au moyen d'une sonde de femme, 0gr,50 environ de chloroforme dilué.

M. Pisson a obtenu un résultat tout aussi favorable en donnant 2 grammes environ de chloroforme, en lavement, à une femme en proie à une violente attaque d'éclampsie, survenue quelques heures après l'accouchement.

9° *Sur le délire de faiblesse au déclin des maladies aiguës* ; par M. le docteur H. Weber. Extr. de *The Lancet* (n° 96).

Bien qu'il y ait lieu de faire de grandes réserves sur le ca-

ractère asthénique du délire dans quelques-unes des observations de M. Weber, nous croyons devoir les reproduire :

« I. A. L..., garçon de 16 ans, fut atteint d'une rougeole compliquée d'une broncho-pneumonie. La fièvre fut très-modérée. Il n'eut point de délire pendant la période d'augment et d'état de la maladie. Le 8e jour, la broncho-pneumonie entra en voie de résolution. Le 9e jour, quand la fièvre avait entièrement disparu, le malade tomba dans un état de grande anxiété; le pouls était faible et fréquent; la peau couverte d'une transpiration froide, abondante. Le malade se figurait qu'on le soupçonnait d'avoir commis un vol et qu'on allait le conduire en prison. Il avait des hallucinations de la vue et de l'ouie. Ce délire continua pendant le dixième jour, mais roulant sur des sujets différents. Grâce à l'administration de l'opium et à un régime réparateur, le malade eut un sommeil profond. A son réveil, la raison était parfaite et la convalescence se déclara. La maladie mentale avait duré deux jours.

II. M. M..., petite fille nerveuse, mais d'une bonne constitution, fut atteinte d'une forme très-légère de rougeole. Le cinquième jour, quand la fièvre était déjà tombée, la malade eut subitement un délire violent; le pouls devint faible et la face pâle et froide. Sous l'influence de doses répétées de morphine, un sommeil profond se déclara, après que le délire eût persisté pendant douze heures. La malade fut parfaitement raisonnable le sixième et une partie du septième jour, puis le délire se déclara de rechef; la température du corps n'était pas au-dessus de la normale ; le pouls devint de nouveau faible, et la peau baignée de transpiration. Quelques doses de morphine procurèrent encore une fois le sommeil, et, en s'éveillant, la malade avait conscience de son délire antérieur; elle guérit parfaitement.

Environ deux ans après, cette même petite fille eut une scarlatine très-grave. La fièvre fut excessivement forte le troisième jour de l'éruption; elle avait considérablement diminué le sixième jour et encore plus le huitième, quand la malade, après un sommeil court, devint subitemment maniaque. Les extrémités étaient froides, la transpiration abondante et le pouls extrêmement faible. Quelques doses de morphine procurèrent un sommeil profond, et en s'éveillant, la malade était parfaitement raisonnable ; la scarlatine se termina d'une manière favorable.

III. M. E..., âgé de vingt-neuf ans, eut un érysipèle de la

face et du cuir chevelu. La maladie était légère et ne présentait aucune complication. La plupart des symptômes s'étaient dissipés le huitième jour ; mais le neuvième, le matin de bonne heure, le malade fut atteint d'un délire maniaque, accompagné de phénomènes de collapsus. Quelques doses de morphine, du vin, des aliments procurèrent, après quinze heures de durée des symptômes, un sommeil profond. Au réveil, la raison était parfaite. La convaleseence marehait régulièrement, quand, après un intervalle de plusieurs jours, l'érysipèle se déclara de nouveau, suivi de nouvelles conceptions délirantes, accompagnées d'une transpiration abondante et d'un pouls faible et irrégulier. Ces symptômes furent combattus par les mêmes moyens, et disparurent après avoir duré pendant quatorze heures.

IV. J.-V. B..., âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution délieate, d'un tempérament nerveux, était atteint d'une pneumonie du côté droit. Le huitième ou neuvième jour, la fièvre et la plupart des symptômes avaient presque eomplétement disparu, quand il fut atteint subitement d'un violent délire maniaque, aceompagné d'un état de faiblesse très-prononcé. Sous l'influence des opiacés, de l'alimentation et des stimulants, on obtint un sommeil profond, suivi d'une eonvalescence rapide. Le délire avait duré pendant vingt-huit heures.

V. C. M..., âgé de 22 ans, d'une constitution faible, d'un tempérament très-nerveux, fut atteint d'une pneumonie lobulaire du côté droit. La plupart des symptômes s'étaient dissipés, et le malade était au commencement de la convaleseenee, quand tout à coup se déclara un délire maniaque très-prononcé. Le pouls était faible, la face pâle ; extrémités froides. Le repos, les aliments, un usage modéré des stimulants et quelques doses de morphine procurèrent un sommeil profond ; après quoi la convaleseence marcha régulièrement. L'accès maniaque avait duré vingt-quatre heures.

VI. Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament nerveux, épuisé par un travail au-dessus de ses forces, était au commencement du troisième septenaire d'une fièvre typhoïde d'une intensité moyenne; la plupart des symptômes morbides s'étaient presque complétement dissipés, quand tout à coup se déclara chez lui un violent délire maniaque, aecompagné d'un collapsus très-prononcé. L'accès dura pendant quinze heures et se termina par un sommeil profond, grâce à l'administration des stimulants et des opiacés. La convalescence se déclara immédiatement après.

VII. A..., âgé de vingt-huit ans, d'un caractère impressionnable et nerveux, était atteint d'une fièvre typhoïde peu intense. Un accès de délire maniaque se déclara subitement chez lui, à la fin du second septenaire ou au commencement du troisième, quand déjà la plupart des symptômes typhoïdes étaient en voie de décroissance. Le délire persista pendant dix heures, et disparut grâce à l'administration des stimulants et des opiacés. »

10° *Consultation sur un cas de vertige hémorrhoïdaire;* par M. le Dr Marchal (de Calvi) (n° 102).

Observation intéressante de vertige congestif amélioré mais non guéri par l'apparition d'un bourrelet hémorrhoïdal. M. Marchal conseille l'application, tous les ans, de six à huit sangsues à l'anus, une infusion d'arnica, les eaux de Marienbad et au besoin les aloëtiques. Je préfère, dans les cas de cette nature, faire appliquer tous les mois deux sangsues au siége, tant que le flux hémorrhoïdaire n'est pas régulièrement établi.

11° *Observation de manie aiguë définitivement guérie par la saignée occipitale, au moyen de la térabdelle;* par le Dr Damoiseau (n° 103).

« Le 20 novembre 1863, dit M. Damoiseau, je suis appelé auprès du nommé Joatel, âgé de cinquante-quatre ans, cultivateur au village des Fossés en Champfremont (Mayenne). Ce malheureux, étroitement garotté de ses bras et de ses jambes, la face vultueuse et congestionnée, vocifère incessamment et crache au visage de quatre de ses voisins, appelés pour le contenir.

On me raconte que frappé, il y a deux mois, d'un accès semblable à celui-ci, il fut instantanément soulagé par une très-abondante saignée que lui pratiqua le médecin du bourg voisin, mais qu'une seconde saignée, faite il y a huit jours, n'a produit qu'une amélioration passagère.

J'apprends que la grand'mère de Joatel est morte folle, après l'avoir été presque toute sa vie.

On me rappelle que, pendant sa jeunesse, le malade a été aliéné, et a même couru les champs pendant dix-huit mois. Plusieurs saignées qu'on lui pratiqua à cette époque ne le soulagèrent que momentanément, ainsi que des douches froides très-énergiques qu'on lui donnait en le plaçant au fond d'un tonneau et en lui laissant tomber l'eau sur la tête, d'une hauteur d'environ trois mètres. Quand il sortait, pâle et transi de

froid, de cet appareil, ses paroles étaient sensées ; mais une fois couché dans son lit, il se réchauffait aussitôt, et le délire revenait avec la rougeur du visage.

Après avoir fait raser largement les cheveux aux régions occipito-mastoïdiennes, j'y applique une ventouse dont l'embouchure ovalaire mesure huit centimètres sur quatre et demi. Je fais agir deux fois le scarificateur à seize lames. Obligé de maintenir le verre avec ma main, pour suivre tous les mouvements du malade, je dois renoncer à en appliquer un second et ne faire agir que l'une de mes deux pompes.

Le sang est très-consistant et difficile à extraire. Toutes les sept minutes environ je détache le verre pour le vider et scarifier de nouveau. Au bout de quarante-cinq minutes, 600 gr. de sang sont extraits, et le malade est moins agité.

Je prescris pour nourriture et pour boisson du bouillon de veau clair et de la tisane d'orge sucrée.

Le 20 janvier, on vient m'annoncer que, le lendemain de la saignée, Joatel s'est calmé et est revenu à la raison d'une manière si complète que sa famille espérait une guérison définitive, mais qu'il y a huit jours, le délire a recommencé : je conseille en conséquence de demander pour lui une place à l'asile départemental.

Le 24 janvier, la famille ayant réfléchi aux inconvénients du placement de son malade dans un établissement d'aliénés, me mande auprès de lui, en me priant, s'il est possible, de tenter en sa faveur les chances d'une nouvelle saignée à l'occiput.

A mon arrivée, je trouve Joatel revenu à son premier état de fureur maniaque.

L'extraction très-difficile de 700 grammes de sang en quarante-cinq minutes à l'occiput, en procédant comme la première fois, le rend, au bout de vingt-quatre heures, à la pleine raison, et bientot à toutes ses occupations de petit propriétaire cultivateur, qu'il n'a pas un instant abandonnées jusqu'à l'été de 1867, pendant lequel il a été emporté par une variole confluente. »

M. Damoiseau s'est également très-bien trouvé, chez un mélancolique, d'une forte saignée opérée sur l'hypochondre droit par une large ventouse mécanique.

Je veux bien admettre qu'il soit utile parfois, dans le traitement des maladies mentales, de recourir à l'emploi des émissions sanguines ; mais j'ai si souvent eu l'occasion de constater les effets désastreux de cette méthode chez les alié-

nés, que je conseillerai toujours de l'employer avec la plus grande discrétion et de se méfier de l'amélioration apparente qui accompagne souvent les premières saignées.

12° *Cas de rage chez l'homme par suite d'une morsure de chat*; par M. Malherbe (n° 109).

Journal de la Société de statistique.

(10e année).

De l'aliénation mentale et du suicide chez les juifs; par M. A. Legoyt (n° 5).

Il résulte des documents recueillis par M. Legoyt que les maladies mentales sont relativement très-fréquentes chez les juifs.

« En Bavière, en Hanovre, dans la Silésie prussienne et dans le Wurtemberg, des recensements spéciaux ont été opérés à diverses époques, qui ont mis en lumière, avec une remarquable constance, le fait de cette tendance.

En voici le résumé pour l'année la plus récente (1858) :

	Nombre pour 1 aliéné de		
	catholiques.	protestants.	juifs.
Bavière	908	967	514
Hanovre	527	641	337
Silésie	1,355	1,264	634
Wurtemberg	2,006	2,022	1,544

Ainsi, dans ces quatre pays, les juifs comptent un nombre de malades sensiblement plus élevé que les chrétiens. Faut-il expliquer cette plus grande fréquence de l'aliénation par une influence de race, ou tout simplement par ce fait qu'ils habitent presque tous les villes et exercent les professions dans lesquelles l'intelligence joue le principal rôle et qui sont le plus exposées aux crises économiques? Faut-il y voir, avec le docteur Martini, directeur du grand asile de Leubus (Silésie prussienne), l'influence des mariages entre proches parents, très-nombreux, dit-il, parmi les israélites établis en Europe? Peut-être doit-on admettre la concurrence de ces trois causes. »

Il n'en est pas de même pour le suicide qui paraît être plus rare chez les juifs que parmi les protestants et les catholiques, ainsi qu'il résulte du tableau suivant emprunté à A. Wagner et

qui donne le nombre de suicides pour un million d'habitants :

	Périodes d'observation.	Protestants.	Catholiques.	Autres chrétiens.	Juifs.
Prusse	1849-1855	159.9	49.6	130.8	46.4
Bavière	1844-1856	135.4	49.1	»	105.9
Wurtemberg .	1846-1860	113.5	77.9	»	65.6
Autriche . . .	1852-1854-1858-1859	79.5	51.3	54.0	20.7
Hongrie. . . .	1851-1854-1858-1859	54.4	32.8	12.3	17.6
Transylvanie .	1852-1854-1858-1859	73.6	113.2	20.5	35.5

On voit que les juifs ont généralement moins de suicides, à population égale, que les protestants et les catholiques. C'est en Bavière que se rencontre la seule exception à cette observation, mais seulement en ce qui concerne les juifs et les catholiques. Ce n'est pas tout : lorsqu'on étudie, par province, la fréquence du suicide d'après les cultes, en Bavière on trouve que, dans le palatinat du Rhin, où réside le plus grand nombre des israélites bavarois, le suicide est plus rare chez eux que parmi les catholiques. Il importe de remarquer, en outre, que les chiffres afférents à la Bavière se rapportant à de petits nombres, n'ont pas la même valeur que les documents recueillis en Prusse, en Autriche et dans les provinces slaves de ce dernier État. »

Des résultats analogues ont été obtenus par la commission centrale de statistique autrichienne, ainsi qu'il ressort du tableau suivant :

	Population en 1857 (moins la Vénétie et le Banat).	Moyenne des suicides annuelle (1864-1865).	Habitants pour 1 suicide.
Catholiques.	20,821,524	1,536	13,555
Grecs (unis ou non unis).	5,727,177	262	21,859
Protestants.	3,096,328	311	9,956
Israélites.	1,049,540	35	29,987

Ce sont donc les protestants qui comptent le plus de suicides et les juifs qui en ont le moins.

Le Dr Lambroso a également observé, en Italie, que le suicide était moins fréquent parmi les juifs que parmi les catholiques et il l'attribue à ce que chez les premiers l'instinct de la conservation personnelle est plus développé que chez les autres.

Ne serait-il pas plus rationnel d'attribuer la rareté de suicide chez les juifs à leur sobriété et à leur moralité relative?

L. L.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE.

Quelques jours avant qu'un armistice vint mettre fin à l'investissement de Paris, le 25 janvier, nous avons conduit à sa dernière demeure un homme de bien, aimé et estimé de tous, M. le Dr Mitivié, médecin honoraire de la Salpêtrière, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société médico-psychologique, du comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques* et du conseil d'administration de l'Association des médecins aliénistes.

Jean-Etienne-Frumance Mitivié, né à Castres le 1er novembre 1796, vint faire ses études à Paris, où il fut nommé successivement, au concours, en 1813 et 1815, externe, puis interne des hôpitaux. En 1817, à la fin de sa deuxième année d'internat, il obtint un prix pour la tenue des registres d'observation.

En 1814 et 1815, il fut chargé, avec le titre d'aide-major, d'un service à l'hôpital militaire établi temporairement à l'hospice de la Salpêtrière; il fut même gravement atteint du typhus contagieux qui y régnait épidémiquement.

Reçu docteur en médecine en 1820, M. Mitivié donna, pendant onze ans, ses soins aux pauvres comme médecin du bureau de charité du 12e arrondissement (aujourd'hui le 5e).

En janvier 1831, il fut nommé médecin de l'une des sections d'aliénées de la Salpêtrière, fonctions qu'il a remplies avec un zèle exemplaire jusqu'au 7 juillet 1865, c'est-à-dire pendant 34 ans et demi.

En 1824, M. Mitivié avait fondé, conjointement avec le Dr Esquirol, son oncle, le bel établissement d'Ivry qu'il a dirigé jusqu'en 1848 et où il n'a cessé de demeurer jusqu'à cette époque. Dès 1843, il s'était adjoint comme associés MM. Baillarger et Moreau, nommés depuis deux ans médecins de la Salpêtrière et de Bicêtre. L'établissement d'Ivry, mais surtout le quartier des agités, construit de toutes pièces, a servi pendant longtemps de modèle aux médecins spéciaux et aux architectes et a été le point de départ des améliorations qui ont été apportées depuis cette époque dans la construction des asiles d'aliénés.

En 1832, 1849 et 1853, M. Mitivié, dont on connaissait le zèle et le dévouement, fut appelé par le conseil général des hospices et l'administration préfectorale de l'arrondissement de Sceaux à donner ses soins aux cholériques. Il le fit sans négliger un seul instant son double service de la Salpêtrière et d'Ivry. La première fois, il reçut deux médailles; la seconde fois, en 1849, on lui accorda une médaille pour l'arrondisse-

ment de Sceaux et la croix de chevalier de la Légion d'honneur pour les services rendus dans les hôpitaux de Paris.

M. Mitivié n'a publié que fort peu de travaux ; nous ne connaissons de lui que quelques *Observations sur les maladies cérébrales des enfants ;* une *Consultation médico-légale sur un cas de paralysie générale* (Paris, 1841) ; et enfin l'excellent mémoire qu'il publia, en 1832, en collaboration avec Leuret, sous le titre : *De la fréquence du pouls chez les aliénés,* suivi d'une *Note sur la pesanteur spécifique du cerveau des aliénés.*

En 1817, Esquirol, pour stimuler le zèle des jeunes élèves qui suivaient sa clinique de la Salpêtrière, avait institué un prix consistant en une médaille d'or de 200 fr. et un exemplaire du *Traité de la manie* de son illustre maître Pinel. Ce prix fut supprimé en 1836, lorsque Esquirol quitta la Salpêtrière. En 1849, M. Mitivié, en souvenir de son oncle, le rétablit aux mêmes conditions, et depuis cette époque le *Prix Esquirol* n'a pas cessé d'être donné chaque année. Nous savons déjà qu'il sera continué par son digne fils, M. le Dr Albert Mitivié.

M. Mitivié a succombé le 22 janvier 1871, dans sa 75e année, à une affection pulmonaire aiguë, entouré de ses chers enfants et petits-enfants qui, comme lui, n'avaient pas craint de s'enfermer dans Paris.

L. L.

Le rédacteur en chef,
L. LUNIER.

Le directeur-gérant,
BAILLARGER

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

DE L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM A HAUTE DOSE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES DE L'HOSPICE DE BICÊTRE

Communication faite à la Société médico-psychologique dans la séance du 28 juin 1870

Par M. J. FALRET

Messieurs,

Notre honorable président, M. Lasègue, a pensé qu'il serait utile de faire connaître à la Société médico-psychologique les observations faites par nous à Bicêtre sur l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie.

Je viens donc, Messieurs, vous exposer brièvement les résultats que j'ai obtenus dans mon service depuis trois

ans, me réservant de publier plus tard les observations détaillées.

Lorsque je suis arrivé dans le service des épileptiques de Bicêtre, le 1er avril 1867, j'ai trouvé le traitement par le bromure de potassium installé par mes prédécesseurs, MM. A. Voisin et Legrand du Saulle, et je n'ai fait que continuer le mode d'administration de ce médicament, employé avant moi par mes honorables collègues.

Les conditions dans lesquelles nous nous trouvions placés, à Bicêtre, pour l'expérimentation d'un médicament nouveau, dans une maladie aussi grave que l'épilepsie, étaient loin d'être avantageuses. Nous avions affaire presque toujours à des cas d'épilepsie ancienne, ayant déjà résisté à d'autres moyens de traitement. Cependant, nous pouvons dire, sans aucune exagération, que les résultats ont dépassé nos espérances. Que serait-ce, si nous avions opéré sur les cas plus favorables que l'on peut rencontrer dans la pratique civile?

Je me propose d'examiner successivement dans cette communication les cinq points suivants :

1° Action physiologique du bromure de potassium; 2° mode d'administration; 3° effets thérapeutiques; 4° cas dans lesquels on peut l'employer avec plus de chances de succès; 5° accidents causés par son usage prolongé.

1° *Action physiologique.*

Cette étude a été faite par plusieurs auteurs, en France et à l'étranger, dans des conditions meilleures que les nôtres, puisque les malades, observés dans la société, analysaient mieux leurs sensations, en rendaient compte d'une manière plus exacte et n'étaient ni affaiblis intellectuellement, ni aliénés. Je n'ajouterai donc que peu de chose à ce qui a été déjà imprimé sous ce rapport.

Je dirai d'abord que nos malades supportent facilement le

bromure de potassium, dans les conditions où nous l'administrons et que nous indiquerons tout à l'heure.

Ce n'est qu'à partir de la dose de 3 ou 4 gr. par jour qu'ils commencent à accuser quelques phénomènes paraissant dus à l'action du médicament, surtout à la gorge et à l'estomac.

1° *Gorge.* Les malades éprouvent souvent une irritation de la gorge pour laquelle ils réclament des gargarismes. Tantôt la gorge est sèche, tantôt au contraire la salive est plus abondante. Ils ressentent alors plutôt une gêne incommode qu'une douleur véritable. Cet accident est, du reste, ordinairement peu durable.

On a beaucoup parlé de la diminution de sensibilité de la gorge chez les personnes soumises à l'usage du bromure de potassium. Ce fait m'a paru général chez les malades que j'ai examinés; mais je l'ai constaté aussi chez les épileptiques qui ne prenaient pas de bromure. Serait-il dû à la maladie elle-même plutôt qu'au médicament? C'est à examiner.

2° *Accidents gastriques.* Beaucoup de malades prennent du bromure, matin et soir, sans éprouver aucun accident gastrique; quelques-uns, il est vrai, se plaignent de la saveur désagréable et amer de ce sel, mais c'est le plus petit nombre, beaucoup moins probablement que dans la clientèle privée. Quelques autres, enfin, accusent des douleurs au creux de l'estomac, une sensation de chaleur, de la difficulté dans les digestions, quelques vomissements muqueux le matin, en un mot, un malaise stomacal nerveux, analogue à celui de la dyspepsie ou de la gastralgie. Ces phénomènes sont ordinairement peu intenses et passagers. Beaucoup de malades disent même ne pas les éprouver.

3° *Eruptions cutanées.* D'après mon observation, ce phénomène est le plus constant de tous ceux qui sont produits par l'action du bromure. Presque tous les malades le présentent, à divers degrés. Tant que la dose n'est pas arrivée à 3 ou 4 grammes par jour, il ne se manifeste pas; mais le plus souvent, à partir de la dose de 4 grammes, on

commence à voir paraître quelques boutons pointus et acuminés sur la figure et surtout sur les épaules et dans le dos. Ce sont des boutons semblables à ceux de l'acné.

Tantôt cette éruption est discrète, tantôt, au contraire, elle est très-abondante et même très-incommode chez certains malades. Ils s'en plaignent, et demandent des bains, des lotions, ou d'autres moyens thérapeutiques pour calmer le prurit très-douloureux de la peau, surtout à la face. Quelques-uns pourtant ne présentent aucune éruption à la peau, même après un long emploi du bromure; mais dans les conditions où j'ai observé à l'hôpital, c'est là une exception.

J'ajouterai même, sans attacher à ce fait une importance exagérée (parce qu'il aurait besoin d'être confirmé par d'autres observateurs), que les malades ne présentant pas d'éruption à la peau m'ont paru réfractaires à l'action du bromure. C'est même pour moi, jusqu'à présent, une sorte de criterium de l'action, favorable ou non, du bromure de potassium dans l'épilepsie; mais c'est là un fait à vérifier ultérieurement. Lorsqu'on continue l'usage du bromure et qu'on en augmente progressivement la dose, l'éruption augmente également d'intensité, surtout à la face et sur les épaules. Quelques malades sont même tellement couverts de boutons qu'ils en éprouvent un prurit très-incommode et demandent des médicaments pour calmer leurs souffrances (lotions avec de l'eau de son, bains alcalins ou sulfureux). — La marche ultérieure de l'éruption est très-variable. Chez certains malades (quand on continue le médicament pendant plusieurs années), l'éruption, après avoir persisté longtemps à un haut degré, diminue progressivement et arrive peu à peu à un degré très-modéré, malgré la continuation du bromure à la dose de 8 ou 9 grammes par jour.

Chez d'autres malades, au contraire, l'éruption augmente d'intensité, tant que l'on soutient l'action du médicament. Elle devient même, après deux ou trois ans, tellement douloureuse, et si rebelle à l'action des moyens externes,

que l'on est obligé de diminuer progressivement la dose du bromure, ou même d'en suspendre complétement l'emploi, pour faire cesser l'éruption généralisée, qui est devenue pour les malades un mal plus grave et plus pénible que l'épilepsie elle-même.

En général, aussitôt le médicament supprimé, l'éruption décroit rapidement et arrive bientôt à disparaître presque complétement; mais, alors aussi, les attaques épileptiques, qui avaient été très-diminuées, ou même supprimées pendant quelque temps, reparaissent avec une nouvelle force et une plus grande fréquence. On est alors obligé de reprendre l'emploi du bromure, qui reproduit bientôt l'éruption cutanée, quelquefois cependant moins intense qu'auparavant.

Parmi les autres phénomènes physiologiques produits par le bromure, on doit encore mentionner l'amaigrissement et l'impuissance. La plupart des malades, qui prennent du bromure pendant longtemps, maigrissent, pâlissent et jaunissent, tout en continuant à se bien porter et à manger avec appétit. Enfin, le bromure a presque toujours pour conséquence de diminuer, ou même de faire cesser complétement l'énergie des fonctions génitales.

Son action chez la femme n'a pas été observée par moi à ce point de vue.

2° *Mode d'administration du bromure de potassium.*

Je n'ai fait que suivre, en arrivant à Bicêtre, dans le service des épileptiques, le mode d'administration de ce médicament, déjà adopté par mes prédécesseurs, MM. A. Voisin et Legrand du Saulle. Il était appliqué alors chez une quinzaine de malades environ.

Je l'ai continué, depuis lors jusqu'à ce jour, pendant plus de trois ans.

Voici comment nous procédons :

Le bromure est donné en deux fois, matin et soir, dissous dans un julep ordinaire, auquel on ajoute du sirop d'écorce d'oranges pour masquer le goût désagréable de ce sel.

Les malades le prennent ordinairement sans répugnance, surtout ceux qui ont confiance dans l'action de ce médicament.

On commence par donner 1 gramme par jour. On augmente ensuite de 1 gramme ou de 50 centigrammes tous les huit jours, ou bien de quinze en quinze jours. Si les malades ne se plaignent ni de la gorge, ni de l'estomac et si leur santé générale se maintient bonne, ainsi que leur appétit, on augmente la dose sans aucune crainte et progressivement.

Dès que l'on arrive à la dose de 4 grammes par jour, on commence à constater des effets physiologiques et même thérapeutiques, c'est-à-dire la diminution du nombre des attaques.

Lorsque cette diminution a lieu d'une manière sensible à la dose de 4 grammes, nous y restons stationnaires pendant quelque temps, un mois par exemple. Si, au contraire, nous ne constatons pas d'effet sensible à la dose de 4 grammes, nous augmentons encore de semaine en semaine, ou de quinze en quinze jours, jusqu'à la dose de 7 grammes, ou même de 8 grammes par jour.

Si nous voyons alors une éruption acnéique très-prononcée se produire sur la face et sur les épaules, et une diminution très-sensible dans la fréquence ou l'intensité des attaques ; si nous constatons une amélioration notable de la maladie, au point de vue de ses principaux symptômes, nous restons très-longtemps stationnaires à la dose de 7 ou 8 grammes par jour. Pour ma part, je ne dépasse guère 8 grammes. Quelquefois cependant j'ai donné 9 grammes. M. Voisin a été jusqu'à 11 grammes 50, sans accidents appréciables.

Si l'on veut obtenir un effet durable sur la marche de la maladie, il faut prolonger très-longtemps l'action du médicament.

Lorsque l'on interrompt brusquement son emploi, passant tout à coup de 7 ou 8 grammes à zéro, le plus souvent les attaques épileptiques, complétement suspendues, ou du moins devenues très-rares, ne tardent pas à reparaître avec une nouvelle intensité.

On est alors obligé de reprendre rapidement ou progressivement l'emploi du bromure pour reconquérir le terrain perdu.

Cependant, en prolongeant indéfiniment l'action du médicament, on peut craindre (comme nous le dirons tout à l'heure) des accidents provenant de son accumulation dans l'économie. Il convient donc, après un usage prolongé (un ou deux ans par exemple), de faire descendre peu à peu la dose de 8 grammes à 4 grammes, en ayant le soin d'observer au fur et à mesure les faits qui se produisent. Si les attaques, suspendues ou devenues très-rares, se reproduisent avec plus de fréquence, on remonte alors à la dose première; si, au contraire, le résultat favorable obtenu se maintient, on redescend peu à peu et lentement jusqu'à 1 ou 2 grammes, ou même jusqu'à zéro, et l'on s'y maintient pendant un certain temps. Si l'on voit reparaître les attaques, on recommence à donner du bromure, sans cependant remonter jusqu'à la dose primitive.

Lorsqu'on renvoie alors les malades de l'hôpital dans un état d'amélioration notable (n'ayant pas eu d'attaques depuis 6 mois, ou n'en éprouvant qu'une, de loin en loin, tous les 3 ou 4 mois par exemple), on leur conseille de continuer à prendre 1 ou 2 grammes de bromure par jour, pour soutenir l'action du médicament, et même de remonter jusqu'à 4 grammes ; mais il importe de les engager à consulter de temps en temps un médecin pour les guider, dans le cas où il surviendrait des accidents ; par exemple, si

l'appétit diminuait, si l'amaigrissement devenait considérable, et si la santé générale s'altérait d'une manière sensible.

3° *Effets thérapeutiques du bromure de potassium.*

Il est bien difficile d'apprécier avec certitude l'action utile d'uu médicament dans une maladie aussi rebelle, et aussi variable dans sa marche, que l'épilepsie.

De tout temps, on a vanté des spécifiques contre cette affection, et ces spécifiques tant vantés par les uns ont été bientôt abandonnés par les autres.

C'est là l'histoire de la thérapeutique de l'épilepsie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

On ne saurait donc être trop circonspect, avant d'affirmer qu'un nouveau moyen exerce réellement une action favorable sur cette maladie.

Il faudrait avoir observé un très-grand nombre de faits, pendant très-longtemps et dans des conditions très-différentes, avant de pouvoir se prononcer sur l'efficacité thérapeutique d'un médicament.

On voit, en effet, des épileptiques qui ont eu pendant de longues années des accès très-intenses et qui, tout à coup, sans aucun traitement, cessent d'en éprouver pendant plusieurs années. On ne saurait donc trop se tenir en garde contre des conclusions prématurées.

Je vais me borner à rapporter ici en abrégé ce que j'ai observé, depuis trois ans, dans mon service de Bicêtre, sans rien exagérer, ni en bien, ni en mal.

J'ai administré du bromure de potassium à une cinquantaine de malades, et chez la moitié à peu près de ces malades, pendant trois ans d'une manière continue. Sur ce nombre total de malades, il en est la moitié environ chez lesquels je n'ai constaté aucun résultat appréciable de l'usage du bromure. Ils sont restés, après l'emploi de ce médicament,

exactement ce qu'ils étaient auparavant; ils avaient la même moyenne d'accès par mois et ces accès conservaient la même intensité et les mêmes caractères.

Ce sont là les cas d'insuccès complet qui, d'après mon observation, constituent environ la moitié des cas.

Dans la seconde moitié des cas, au contraire, j'ai constaté, sous l'influence du bromure, une amélioration, soit dans la maladie elle-même, soit dans quelques-uns de ses symptômes. Dans cette seconde classe de faits, on doit de plus établir deux catégories de malades : les uns ont éprouvé simplement une diminution notable dans l'intensité ou la fréquence des attaques, ce sont les plus nombreux ; les autres, au contraire, ont été tellement améliorés que, chez quelques-uns même, on pouvait considérer la maladie comme momentanément suspendue et se demander si elle n'était pas réellement guérie.

Je pourrais fournir sur ces divers faits des détails nombreux et rapporter les observations particulières ; ce serait même le seul moyen de donner à mes assertions le degré d'authenticité et de précision nécessaires pour une démonstration scientifique ; mais, pour aujourd'hui, je me bornerai à ces indications générales, me réservant de publier plus tard les observations détaillées.

Ce que je vais dire dans le chapitre suivant servira, du reste, de complément à ces données générales, qui pourraient paraître trop incomplètes.

4° *Cas dans lesquels le bromure de potassium peut être employé avec le plus de chances de succès.*

Je n'ai pas à m'occuper ici des différentes maladies nerveuses sur lesquelles n'a pas porté mon expérimentation ; je ne parlerai que de l'épilepsie. Or, parmi les épileptiques, il y a de nombreuses distinctions à établir, au point de vue de la gravité du mal et des chances de curabilité.

Les cas d'épilepsie sur lesquels nous opérions à Bicêtre sont les moins favorables à la guérison ; presque tous étaient de date ancienne, et déjà rebelles à d'autres moyens de traitement.

M. Herpin, et tous ceux qui ont écrit sur la curabilité de l'épilepsie, ont recommandé d'agir surtout sur les cas d'épilepsie récente, dont les symptômes étaient encore peu caractérisés et peu enracinés.

Or ces cas se rencontrent beaucoup plus dans la pratique privée que dans les hôpitaux, où l'on n'envoie les malades qu'après un long temps, et après avoir essayé un grand nombre de médicaments. Nous n'avons à Bicêtre que le rebut des épileptiques. C'est donc beaucoup d'avoir obtenu quelques succès dans ces conditions mauvaises. J'ai peu observé pour ma part l'action du bromure de potassium chez les enfants ; c'est une lacune dans mon observation. Selon toute apparence, la maladie devrait être moins incurable chez eux que chez les adultes.

Nous avons employé le bromure dans les cas les plus graves, comme dans les cas les plus légers :

1° Chez les épileptiques dont la maladie datait de l'enfance, ou bien lorsqu'elle était de date plus récente et survenait chez les adultes et même chez les gens plus âgés.

2° Chez les épileptiques ne présentant que des accès très-rares, et chez ceux qui avaient plusieurs attaques par jour, revenant par séries ;

3° Chez les épileptiques n'ayant que des vertiges ou des absences, et chez ceux qui n'éprouvaient que de grandes attaques.

4° Chez les épileptiques présentant de l'hémiplégie, ou d'autres symptômes physiques indiquant une lésion cérébrale organique, et chez ceux qui offraient tous les signes de l'épilepsie essentielle.

5° Enfin chez les épileptiques ayant une profonde altération des facultés intellectuelles, une grande irritabilité de

caractère, ou de violents accès maniaques de temps en temps, et chez ceux qui ne présentaient aucune altération intellectuelle appréciable.

Or, pour rester dans le vrai de l'observation, nous devons dire qu'il n'est pas un seul de ces cas où l'on ne puisse avoir du succès ou de l'insuccès, selon les circonstances. Il convient pourtant d'établir des distinctions et il est des cas où l'on a plus de chances d'obtenir des succès que dans d'autres.

1° Les cas où il existe de l'hémiplégie ou des symptômes physiques indiquant une lésion organique probable sont moins favorables que les cas d'épilepsie essentielle ou purement nerveuse.

2° Les malades qui présentent un trouble mental profond sont plus rebelles à l'action du bromure que ceux désignés sous le nom d'épileptiques simples, avec pure irritabilité de caractère.

3° Les malades qui ont des vertiges et des absences, soit seuls, soit réunis à de grandes attaques, sont plus difficiles à guérir que ceux qui n'ont que de grandes attaques sans vertiges.

En résumé, les épileptiques chez lesquels le bromure nous a paru le mieux réussir sont ceux qui ne présentent ni trouble mental prononcé, ni vertiges, ni absences, et dont les attaques épileptiques, quoique intenses et très-caractérisées, sont séparées les unes des autres par des intervalles assez éloignés. Ce sont, en un mot, les épileptiques simples à grandes attaques éloignées, sans vertiges ni absences.

Voici, du reste, ce que nous avons observé comme ordre progressif d'amélioration :

1° Les attaques de nuit disparaissent plus vite que les attaques de jour.

2° Les malades ayant des accès d'agitation maniaque voient ces accès cesser avant les attaques épileptiques.

3° Les grandes attaques épileptiques diminuent d'abord

de fréquence et d'intensité, avant de disparaître complétement.

4° La plupart des malades, très-notablement améliorés, conservent encore trois ou quatre attaques par an.

5° Les grandes attaques convulsives cessent avant les absences et les vertiges. Il est, en effet, des malades très-améliorés qui n'ont plus, ou presque plus, de grandes attaques et qui éprouvent encore des absences ou des vertiges.

6° Enfin, les absences et les vertiges sont de tous les symptômes de l'épilepsie ceux qui résistent le plus longtemps à l'action du bromure. Certains épileptiques, en effet, très-améliorés, n'ayant plus ni grandes attaques depuis longtemps, ni excitation maniaque, ni irritabilité de caractère, conservent néanmoins des absences et des vertiges de courte durée. C'est le symptôme le plus rebelle et qui témoigne le plus longtemps de la persistance de la maladie. J'ajouterai même que les malades qui, dès le début, ne présentaient que des absences très-courtes, ou de simples vertiges, délirants ou non, ne se modifient guères, sous le rapport de la fréquence et de l'intensité de ce phénomène, après un traitement longtemps prolongé.

Ce symptôme, qui semblerait constituer une épilepsie incomplète ou avortée, est donc, au contraire, celui qui résiste le plus à l'action du bromure. La plupart des épileptiques que l'on renvoie de l'hôpital presque délivrés des grandes attaques conservent encore des vertiges, soit qu'ils aient déjà existé auparavant, soit qu'ils se produisent à la place et comme diminutif des grandes attaques suspendues.

5° *Accidents causés par la trop longue continuation de l'emploi du bromure.*

Ces accidents sont rares dans les conditions où nous avons expérimenté; ils ont été peu étudiés jusqu'ici.

Cependant, quelques-uns d'entre eux méritent d'être signalés en terminant. Ils sont de deux ordres : cutanés et cérébraux.

Les accidents cutanés, déjà mentionnés précédemment en parlant des effets physiologiques du bromure, consistent surtout dans la transformation successive de l'éruption acnéiforme, qui avait signalé le début de l'emploi du médicament. Cette éruption prend, dans quelques cas, des proportions considérables, qui obligent même à suspendre l'usage du médicament. L'éruption, très-intense à la figure et aux épaules, s'étend successivement à tout le corps. Elle s'accompagne d'autres variétés de maladies de la peau et acquiert même un tel degré d'intensité, d'irritation et de démangeaison, que les malades, même les plus courageux, ne peuvent continuer à la supporter et demandent avec insistance la suppression du médicament. Dans quelques cas enfin, il se forme, sur diverses parties du corps, des clous, des furoncles ou des anthrax qui peuvent arriver jusqu'à la suppuration. Tous les moyens externes employés pour supprimer ces éruptions sont souvent insuffisants et l'on est alors obligé, pour les combattre efficacement, de suspendre, au moins momentanément, l'emploi du bromure.

Les accidents cérébraux ont été encore moins étudiés. Ils se produisent plus rarement que les accidents cutanés ; on les observe pourtant quelquefois à un degré très-intense, surtout dans la clientèle privée. A la suite de l'usage prolongé du bromure, surtout à dose élevée, on voit quelquefois l'intelligence des malades baisser d'une façon très-notable. La mémoire se perd et l'individu arrive jusqu'à l'hébétude. Dans d'autres cas, il survient de la somnolence et un état comateux qui peuvent devenir inquiétants et indiquent une sorte de saturation ou d'intoxication, par suite de l'accumulation du médicament dans l'économie. Lorsqu'on constate ces accidents, il convient de suspendre rapidement

l'usage du bromure ; car sa prolongation pourrait offrir des dangers. Et ce qui prouve que ces accidents étaient bien dus réellement au médicament, c'est qu'ils ne tardent pas à disparaître aussitôt après sa suppression.

A l'occasion de ces accidents cérébraux, causés par l'accumulation du bromure dans l'économie, on peut se poser la question de savoir si ce médicament, en séjournant indéfiniment dans les organes, au lieu d'être éliminé au fur et à mesure par les urines, ne pourrait pas, dans certains cas, déterminer la mort.

J'ai observé, à Bicêtre, un cas de mort subite par congestion cérébrale et pulmonaire, chez un malade qui prenait du bromure à dose modérée.

Or je me suis demandé, dans ce cas, si la mort n'avait pas pu être causée par l'accumulation du bromure dans le cerveau. En effet, chez la plupart des individus qui prennent du bromure, la presque totalité est éliminée par les urines dans les 24 heures, et dans la très-grande généralité des cas, ce médicament ne séjourne pas dans l'économie; mais ne serait-il pas possible que chez quelques individus, doués à cet égard d'une aptitude spéciale, le bromure se fixât dans les organes, par exemple dans le cerveau ou dans le foie, et qu'en s'y accumulant il arrivât à déterminer des accidents mortels, alors même qu'il aurait été administré à plus faible dose que chez d'autres individus qui, l'éliminant au fur et à mesure, n'en auraient pas conservé une seule parcelle? C'est là une question qui mérite d'être sérieusement examinée et soumise à une expérimentation suivie. Pour ma part, dans le cas que je viens de mentionner, j'ai fait faire, après la mort, l'analyse chimique du cerveau et du foie, et l'on y a découvert des quantités assez notables de bromure de potassium. Tout en attribuant la mort de ce malade à une congestion cérébrale et pulmonaire, on peut donc se poser la question de savoir si l'accumulation lente et successive du bromure dans le cerveau n'a pas été pour quelque

chose dans cette mort subite. Cette question ne peut être résolue que par de nouvelles observations.

Je terminerai, Messieurs, cette note abrégée sur l'emploi du bromure de potassium chez les épileptiques de l'asile de Bicêtre, en soumettant à l'examen de la Société les cinq questions suivantes :

1° Quels sont les phénomènes physiologiques produits par l'action continue et prolongée du bromure de potassium à haute dose ?

2° Quel est le mode d'administration à adopter pour l'emploi de ce médicament ?

3° Quels sont ses effets thérapeutiques, favorables ou non, dans l'épilepsie et dans d'autres névroses ?

4° Quels sont les périodes et les variétés de l'épilepsie dans lesquelles on doit l'employer avec le plus de chances de succès, et quels sont les symptômes de cette maladie qui cèdent le plus rapidement à son emploi ?

5° Quels sont les accidents produits par l'usage du bromure de potassium longtemps continué à haute dose ?

Telles sont, Messieurs, les cinq questions que je crois devoir soumettre à la discussion de la Société médico-psychologique.

RAPPORT

SUR LE

SERVICE MÉDICAL

DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE STÉPHANSFELD (BAS-RHIN)

POUR L'ANNÉE 1669

Par M. le Dr HILDENBRAND

Médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld.

I. — SITUATION DE L'ASILE PENDANT L'ANNÉE 1869.

MOUVEMENT DE LA POPULATION.

	H.	F.	D.
Au 1er janvier 1869, le nombre de nos malades était de.	362	447	809
Le chiffre des malades admis (1) s'est élevé à	128	136	264
Ce qui donne pour les malades traités un total de	490	583	1073
En 1868, le nombre des malades traités a été de	523	589	1112
Différence en moins pour l'année 1869.	33	6	39

La diminution du nombre des aliénés traités, pour l'année 1869, n'est sans doute qu'un résultat accidentel. Dans

(1) Nous éliminons des admissions une femme accusée de meurtre et qu'une observation suffisamment prolongée a permis de considérer comme non aliénée.

une période de vingt ans, cette déviation ne s'est produite que trois fois, pour les années 1858, 1863 et 1864. On peut donc dire que le nombre des aliénés traités n'a cessé d'augmenter jusqu'ici, ainsi que le démontre le tableau suivant :

Années.	Nombre de malades traités.			Augmentation par année.	Années.	Nombre de malades traités.			Augmentation par année.
	H.	F.	D.S.			H.	F.	D.S.	
1850	253	274	527	»	1860	441	459	900	64
1851	273	291	564	37	1861	444	500	944	44
1852	319	335	654	90	1862	469	503	972	28
1853	358	360	718	64	1863	479	488	967	— 5
1854	396	374	770	52	1864	474	485	959	— 8
1855	404	393	797	27	1865	485	509	994	35
1856	391	421	812	15	1866	512	539	1049	55
1857	412	437	849	37	1867	522	555	1077	28
1858	421	413	834	—15	1868	523	589	1112	35
1859	425	411	836	2	1869	490	584	1074	—38

La cause principale de cette augmentation est l'excédant annuel du chiffre des admissions sur celui des extinctions. Le nombre des admissions, en effet, l'emporte constamment sur celui des extinctions par sortie et décès, et il en résulte une augmentation incessante de la population des asiles en général, égale à la différence entre les admissions et les extinctions. (1)

Pour l'asile de Stéphansfeld, et pour une période de vingt ans, le nombre des extinctions a presque toujours été inférieur à celui des admissions ; le contraire n'a été observé que dans les années 1858, 1863, 1864, 1868 et 1869.

Une autre cause de l'augmentation continue du nombre des aliénés traités est l'augmentation même du chiffre des

(1) M. le Dr Lunier a constaté cette augmentation pour l'ensemble des asiles, et pour une période de 34 ans (*De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes*, mémoire lu à l'Académie impériale de médecine. *Ann. méd.-psych.* 1870, p. 20).

admissions. Pour l'asile de Stéphansfeld, la progression ascendante des admissions est très-marquée, si l'on calcule en établissant une moyenne par périodes quinquennales, ainsi que nous l'avons fait dans notre rapport de l'année dernière.

Cette progression ne saurait être la seule expression d'une augmentation dans le nombre des cas de folie. Il faut se rappeler, ainsi que l'a fait observer M. le docteur *Lunier*, que l'organisation des asiles s'est perfectionnée, que l'assistance publique, en ce qui concerne la plus cruelle des maladies, reçoit une satisfaction plus étendue, que des préjugés fâcheux sont tombés, que la confiance croissante des familles dans le dévouement des médecins placés à la tête des établissements d'aliénés accroît en proportion le nombre des pensionnaires, qu'enfin le terme de folie s'est étendu à des malades, déments paralytiques et autres, qui autrefois, et avec raison peut-être, n'étaient point reçus dans les asiles.

Nos sorties se sont élevées à 149, dont 94 hommes et 75 femmes.

	H.	F.	D. S.
Sont sortis par guérison.	49	38	87
— par amélioration.	20	22	42
— sans amélioration.	25	15	40
Total des sorties.	94	75	169
Le chiffre des décès est de.	65	58	123
Le chiffre des extinctions s'élève donc cette année à	159	133	292
De sorte qu'il nous reste au 31 décembre. .	331	450	781

Domicile des malades traités pendant l'année.

Nos malades traités pendant le cours de l'année se répartissent de la manière suivante, d'après le domicile :

	H.	F.	D. S.
Département du Bas-Rhin.	247	322	569

Département du Haut-Rhin	204	237	441
Départements étrangers ou autres pays	23	20	43
Prisons	4	4	8
Militaires	12	»	12
Total. . .	490	583	1073

Le Bas-Rhin (583,970 hab.) donne 569 aliénés traités à l'asile en 1869, soit 1 aliéné sur 1035 habitants. Pour le Haut-Rhin (441 aliénés traités sur 515,802 habit.), la proportion est de 1 aliéné sur 1169 habitants.

Dans notre dernier rapport, nous avons classé les arrondissements et les cantons par ordre de fréquence de l'aliénation mentale, d'après le chiffre des malades traités pendant l'année et en nous basant sur les données statistiques des huit dernières années. Mais ce classement serait plus rigoureux, si l'on n'opérait que sur les seules admissions. C'est ce que nous avons commencé à faire l'année dernière dans un tableau régional où ne doivent figurer que les seuls aliénés admis pour la première fois à l'asile. De cette manière on obtiendra, au bout d'un certain nombre d'années, aussi exactement que possible, la fréquence relative de l'aliénation mentale, suivant les différentes circonscriptions territoriales.

CLASSIFICATION PAR FORME D'ALIÉNATION.

	H.	F.	TOTAL.
Monomanie	27	16	43
Lypémanie	72	147	219
Manie	140	202	342
Paralysie générale	51	17	68
Démence	143	150	293
Imbécillité, idiotie.	31	25	56
Folie épileptique	26	24	50
Crétinisme	»	2	2
Non aliéné	»	1	1
Total des malades traités en 1869.	490	584	1074

II. — ADMISSIONS.

Nous avons vu que le chiffre des admissions s'est élevé, pour l'année 1869, à 264, dont 128 hommes et 136 femmes. En 1868, le total des admissions a été de 297 ; différence en moins pour cette année, 33.

	H.	F.	D. S.
Ont été admis pour la première fois. .	102	106	208
— par réintégration. . . .	26	30	56
Total. . .	128	136	264

La prédominance, dans ces chiffres, du sexe féminin sur le sexe masculin ne concorde pas avec les données les plus générales de la statistique. A vrai dire, elle n'est pas non plus la règle pour l'asile de Stéphansfeld, et le nombre des admissions hommes l'emporte en général sur celui des admissions femmes. En effet, en vingt ans, sur un total de 4552 admissions, nous avons trouvé 2357 hommes et 2195 femmes, soit, sur un total de 100 admissions, 52 hommes et 48 femmes.

Proportionnellement à la population, le Haut-Rhin nous a envoyé moins de malades que le Bas-Rhin.

	Nombre des admissions.			PROPORTION SUR LA POPULATION.
	H.	F.	D.S.	
Bas-Rhin..	69	79	148	1 admission sur 3979 habitants.
Haut-Rhin.	43	49	92	— — 5606 —

Est-ce à dire que l'aliénation mentale est plus fréquente dans le département du Bas-Rhin ? Nous ne saurions nous permettre une pareille conclusion, et nous pensons que la proportion relative des cas de folie dans le Haut-Rhin est au moins égale, sinon supérieure, à celle de notre département, en raison de la loi suivante formulée par Parchappe : *le rapport du nombre des aliénés au chiffre de la population est notablement augmenté par l'existence des grands centres de*

population agglomérée, par la prédominance des populations urbaines sur les populations rurales, par la prépondérance des occupations industrielles centralisées dans des manufactures agglomérées sur les occupations agricoles ou industrielles disséminées. (Des principes à suivre dans la construction des asiles.)

Formes de l'aliénation des malades admis en 1869.

	H.	F.	D. S.
Monomanie	9	8	17
Lypémanie	28	49	77
Manie	40	50	90
Paralysie générale	27	7	34
Démence	10	17	27
Imbécillité, idiotie	7	4	11
Folie avec épilepsie	7	1	8
Total. . .	128	136	264

Durée antérieure de la maladie.

Sur un total de 264 admissions, dans 94 cas, la durée antérieure était inconnue ; dans 26 cas, cette durée était moindre d'un mois ; dans 54 cas, elle a été de 1 à 6 mois; dans 32 cas, de 6 mois à 2 ans, et dans 58 cas, la durée dépassait ce dernier chiffre.

	BAS-RHIN.				HAUT-RHIN.			
	H.	F.	D. S.	Proportion sur 100.	H.	F.	D. S.	Proportion sur 100.
Moins d'un mois.	11	7	18	12,1	3	3	6	6,5
De 1 à 6 mois...	4	24	28	18,9	6	8	14	15,2
De 6 mois à 2 ans.	8	8	16	10,8	6	4	10	10,8
Au delà de 2 ans.	10	9	19	12,8	11	15	26	28,2
Durée inconnue.	16	10	26	17,5	11	12	23	25,0
Réintégration....	20	21	41	27,7	6	7	13	14,1

Ces chiffres ont leur valeur et devront entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agira d'apprécier la proportion des guéri-

sons, car les chances de guérison décroissent en raison directe de la durée antérieure de la maladie.

Le Bas-Rhin a ici un avantage marqué. On voit, en effet, que, pour une durée antérieure favorable, de moins d'un mois, et de 1 à 6 mois, le Bas-Rhin fournit une proportion d'admissions de beaucoup supérieure ; au contraire, pour une donnée éminemment défavorable à la guérison, 2 ans et au-dessus, la proportion d'admissions fournie par le Bas-Rhin est beaucoup plus faible que celle du Haut-Rhin.

INCURABILITÉ.

Il est des formes d'aliénation mentale qui excluent, d'une manière absolue, la curabilité, telles sont : la démence confirmée, la folie épileptique, la folie paralytique, certaines formes chroniques de manie ou de lypémanie, l'idiotie, l'imbécillité.

Sur la totalité de nos admissions, l'incurabilité est représentée par une proportion de 38 pour 100.

	H.	F.	D. S.	Proportion p. 100.
Curables.....	69	94	163	61,7
Incurables...	59	42	101	38,2
Totaux...	128	136	264	100

Le chiffre des incurables est très-élevé : pour le département du Haut-Rhin, la proportion de cette catégorie de malades est d'ailleurs incomparablement plus défavorable, 46,83 au lieu de 32,71 0/0.

ÉTIOLOGIE.

La recherche des causes déterminantes de l'aliénation mentale est une opération très-difficile, ce que témoigne le relevé que nous en avons fait dans nos tableaux statistiques. Le nombre des cas où les causes n'ont pu être constatées est de 151 sur un total de 264 admissions.

Les causes déterminantes les plus nombreuses ont été les excès alcooliques (31) ; viennent ensuite les chagrins domestiques (18), les maladies propres à la femme (13), les affections du système nerveux (9), des maladies diverses (8).

HÉRÉDITÉ.

Nous avons apporté le plus grand soin à faire le relevé des cas où l'hérédité existe d'une manière certaine. Nous avons suivi la méthode adoptée par *Grainger-Stewart*, médecin assistant de l'établissement royal de Crichton (Ecosse) ; nous lui empruntons aussi la forme de ses tableaux (*Ann. méd. psych.* 1864, p. 356).

Nous donnons ici, relativement à l'hérédité, le résultat de nos recherches de trois années ; elles portent sur 727 admissions, dont 387 hommes et 340 femmes.

Nous devons prévenir que nous faisons entrer en ligne de compte tous les cas où l'influence héréditaire est marquée, chez les ascendants, par la bizarrerie ou l'originalité, individualités qu'Hippocrate appelait μπομαίνομενοι.

a. — *Proportion du nombre des aliénés chez lesquels l'hérédité a pu être constatée.*

Nombre des cas observés.	Folie héréditaire ou excentricité.	Proportion pour 100.
727	200	27,51

Les opinions les plus diverses ont été émises relativement à la fréquence de la prédisposition héréditaire. Ces opinions varient en raison du point de vue auquel se place chaque observateur, en raison encore du milieu où il observe. On comprend, en effet, que dans les asiles où ne se traitent que les cas aigus, la transmission héréditaire soit moins marquée ; que le contraire ait lieu dans les asiles qui reçoivent tous les aliénés, sans distinction de curabilité ou d'incurabilité, d'état récent ou ancien de la maladie. D'un autre côté, si avec

Moreau (*de Tours*) on fait résider l'indication héréditaire dans de simples affections des nerfs, dans des mouvements convulsifs des paupières, des lèvres, dans certains vices de la prononciation, etc., on arrive à une proportion beaucoup plus élevée que si l'on ne veut faire consister l'hérédité que dans la préexistence ou la coexistence de la folie même ou de la bizarrerie dans les familles. C'est ainsi que *Moreau* (*de Tours*) a pu élever la proportion des cas héréditaires à 90 pour 100. *Guislain* indique 30 pour 100, *Morel* et *Dagonet* 20 pour 100, *Parchappe* 15 pour 100. Notre proportion de 27,51 p. 100 est de beaucoup inférieure à celle trouvée par *Grainger-Stewart*, 49,61 p. 100. (1)

b. — *Degré de parenté* (d'après la parenté du plus proche parent).

	H.	F.	TOTAL.
Père, mère ou aïeuls aliénés	57	41	98
Frères ou sœurs	16	23	39
Oncles ou tantes	16	15	31
Cousins	11	10	21
Parents à un degré inconnu	6	5	11
Total. . .	106	94	200

c. — *Influence du sexe sur la transmission héréditaire.*

INFLUENCE PATERNELLE.	INFLUENCE MATERNELLE.
35	39
4,8 p. 100.	5,3 p. 100.

Ces résultats sont conformes à l'opinion d'*Esquirol*, *Bail-*

(1) Si M. Hildenbrand, au lieu de comparer le nombre des cas héréditaires au chiffre total des admissions, l'eût comparé, comme il est rationnel de le faire, au chiffre des admis sur lesquels il a pu avoir des renseignements suffisants, il eût obtenu des résultats tout différents : dans le département de Loir-et-Cher (*Compte rendu du service médical de l'asile de Blois pour* 1863, p. 6), j'ai trouvé la proportion de 61 p. 100. (L. L.)

larger, Thurnam et Brigham; suivant ces observateurs, la folie est plus souvent transmise par la mère que par le père.

Quelle est la part d'influence de la folie du père et de la mère isolément sur l'un ou l'autre sexe?

INFLUENCE PATERNELLE.		INFLUENCE MATERNELLE.	
H.	F.	H.	F.
25	10	18	21
Proportion pour 100.		Proportion pour 100.	
6,4	2,9	4,6	6,1

L'influence paternelle agit plus activement sur les hommes que sur les femmes, et l'influence maternelle est plus sensible sur celles-ci que sur ceux-là. (*Grainger-Stewart.*)

d. — *Influence du sexe pour la réceptivité de la folie.*

Hommes 106 ou 27,38 p. 100.
Femmes 94 ou 27,64 p. 100.

La femme est plus prédisposée que l'homme à pâtir de la folie héréditaire (*Hood, Guislain, Thurnam, Marcé, Grainger-Stewart*).

e. — *Fréquence des différentes formes de la folie chez les individus prédisposés héréditairement.*

Manie.	Lypémanie.	Monomanie.	Démence.
86	56	9	19
43 p. 100.	28 p. 100.	4,5 p. 100.	9,5 p. 100.

Paralysie générale.	Folie épileptique.	Idiotie et imbécillité.
14	6	10
7 p. 100.	3 p. 100.	5 p. 100.

f. — *Age, dans les cas héréditaires, lors de l'invasion de la maladie.*

Aucun âge n'est à l'abri de la folie héréditaire. Les personnes prédisposées sont exposées à ressentir plus tôt les

effets de la maladie que les autres individus; elles les ressentent davantage à l'époque de la puberté et de l'âge mûr, et elles y sont beaucoup moins exposées lorsque la vieillesse arrive.

	STÉPHANSFELD. Cas héréditaires pour 100.	CRICHTON. Cas héréditaires pour 100.	THURNAM. Cas en général pour 100.
Au-dessous de 20 ans	7	18,5	13,73
De 20 à 30 ans.....	35	32,82	22,53
De 30 à 40 ans.....	32	22,34	20
De 40 à 50 ans.....	15,5	18,71	15,9
De 50 à 60 ans.....	9,	5,13	10,6
Au-dessus de 60 ans.	1,5	2,81	7,24

g. — Les cas héréditaires sont beaucoup plus exposés que les cas ordinaires aux rechutes. Cette tendance de l'hérédité à produire des rechutes est une de ses manifestations les plus caractéristiques; quand un malade a été dirigé un grand nombre de fois sur un asile, on peut conclure, presque à coup sûr, qu'il est atteint de folie héréditaire (*Grainger-Stewart*).

	STÉPHANSFELD.		CRICHTON.	
	Cas héréditaires. pour 100.	Cas non héréditaires pour 100.	Cas héréditaires pour 100.	Cas non héréditaires pour 100.
Première attaque...	78,1	79,5	64.69	80
Plus d'une attaque.	21,9	20,5	35,33	20

h. — *État civil des personnes atteintes de folie héréditaire.*

La moyenne est faible parmi les vœufs, résultat probable de l'apparition de la maladie à une époque moins avancée de la vie (*Grainger-Stewart*).

	Cas héréditaires pour 100.	Cas non héréditaires pour 100.
Mariées.....	31,25	38,05
Célibataires...	66,07	54,71
Veufs.....	2,67	7,23

Nous avons vu, plus haut, que la proportion des incu-

rables était beaucoup plus élevée pour les malades du Haut-Rhin. Le tableau précédent vient confirmer ces faits. En effet, les affections absolument incurables, telles que la folie épileptique, la paralysie générale, la démence, l'idiotie et l'imbécillité, sont en proportion beaucoup plus fortes pour le Haut-Rhin ; le contraire a lieu pour les autres formes de maladies mentales.

MANIE.

La manie s'est présentée sous toutes ses formes, et avec différentes complications.

Il est une forme de manie qui revêt des caractères particulièrement aigus et pernicieux et dont le pronostic est extrêmement grave.

Nous voulons parler du délire aigu.

Le délire aigu est plutôt une complication qu'une forme particulière d'aliénation mentale. En effet, s'il peut survenir dès le début de la manie ou de la mélancolie, il apparaît également dans le cours même de toutes les autres formes d'aliénation mentale. Il y a plus, il se rencontre dans d'autres maladies aigues, la pneumonie, l'entérite folliculeuse.

Après de courts prodromes, irruption subite d'une vive agitation avec mouvements désordonnés, d'un délire bruyant, particulièrement incohérent, qui se teinte de manie ou de mélancolie, — congestion de la tête, fréquence du pouls qui est tantôt plein, tantôt petit, rarement intermittent ; — élévation et oscillation rapides de la température.

Par suite du spasme des muscles de la déglutition, de parésie du voile du palais, il survient de la difficulté ou de l'impossibilité de la déglutition ; les malades exspuent les boissons.

Les mouvements respiratoires sont intermittents, puis accélérés, profonds et lents, ou rapides et superficiels.

Les anomalies de la motilité sont très-marquées ; souvent

inégalité, jamais contraction des pupilles ; troubles ataxiques, convulsions cloniques et intermittentes à la face et aux extrémités ; convulsions toniques, opisthotonos, contractures de certains groupes musculaires.

L'état furibond des malades lorsqu'on les touche pour les changer de place, l'altération de la physionomie par des grimaces, sont dus à une augmentation de l'irritabilité réflexe.

Ce qui caractérise surtout le délire aigu, c'est le trouble profond de la conscience ; ce caractère, signe pathognomonique du délire aigu, invoqué également comme tel dans la phrénitis par Hippocrate, est très-précieux au début de la maladie ; il constitue également par sa persistance un point de repère important pendant *les rémissions si remarquables* de la maladie, où tous les autres signes font défaut.

La langue, les lèvres deviennent arides et fuligineuses.

Les malades s'affaissent rapidement. Le collapsus est dû à l'usure de la substance musculaire qui s'effectue sans compensation possible. La décomposition du sang est prouvée par les sugillations, les ecchymoses, par les eschares qui apparaissent à la moindre pression.

Enfin la mort, qui est la terminaison la plus fréquente, arrive dans les premiers jours, plus souvent dans les deux premières semaines, par suite d'épuisement des forces, par attaque apoplectique, ou par trouble à la respiration.

C'est là la forme maniaque du délire aigu.

Mais il est une autre forme qui, dès le début, revêt un caractère asthénique qu'elle conserve pendant toute sa durée.

Ici, le délire consiste en une rêvasserie incohérente et incompréhensible, interrompue, par ci par là, par quelque aperception raisonnable ; plus tard, les paroles n'ont plus aucun sens ; l'articulation des mots s'embarrasse ; enfin, l'on n'entend plus qu'un murmure monotone entrecoupé de cris aigus. Ce délire a une grande analogie avec celui des fièvres graves.

Nous appelons l'attention spéciale des médecins sur les heureux effets que nous obtenons des *affusions froides coup sur coup* dans le traitement de délire aigu.

Le malade, le corps enveloppé d'une couverture de laine, est placé et maintenu par quelques aides dans une baignoire vide, et on lui verse lentement sur la tête le contenu de deux grands arrosoirs plein d'eau fraîche. Cette opération est répétée de deux en deux heures, sans interruption de nuit. Certains malades qui ont guéri ont pris ainsi jusqu'à douze affusions et plus. On suspend l'affusion, ou on l'espace d'avantage, suivant les indications. Dans les cas les moins intenses, nous avons vu une amélioration marquée se produire après 3 ou 4 affusions; la température baisse, le pouls tombe, le sommeil se rétablit plus naturel et plus complet, et les malades acceptent le bouillon qu'on leur présente.

Observation I. — M... Nicolas, 27 ans, célibataire, entré à l'asile le 29 novembre 1869 ; aucun antécédent héréditaire.

A la suite d'insolation et d'ingestion de vin, il a été pris subitement d'aliénation mentale, quatre jours avant son admission : agitation violente, loquacité, incohérence des idées, impulsions violentes, tendance à se mutiler (il s'était mordu profondément le doigt), hallucinations.

A son entrée à l'asile, violente agitation ; pouls à 100, fort ; température du corps à 40° c.; lèvres et narines sèches, langue fuligineuse ; respiration accélérée.

Le malade se livre aux mouvements les plus désordonnés et présente un tremblement musculaire des extrémités ; il donne des coups de pieds et cherche à mordre les personnes qui le touchent ; on est obligé de le maintenir sur son lit à l'aide de la camisole. Il refuse la nourriture et crache les liquides qu'on lui introduit dans la bouche.

Ses idées échappent à toute loi d'association; ses paroles n'ont aucune suite. Cependant, à travers cette incohérence, on parvient à saisir, par ci par là, quelque demi-période plus compréhensible ; le malade se dit perdu, damné ; il craint qu'on le fasse mourir, il invoque son pardon et le délire revêt ainsi une teinte mélancolique. Lorsqu'on lui parle, il fait une pause et semble écouter; mais les paroles que vous lui adressez ne

s'élèvent point pour lui à la hauteur d'une perception consciente, et il reprend ses divagations. Il n'obéit point lorsqu'on lui dit de tirer la langue, de donner la main, mais se livre à des mouvements qui prouvent que le sensorium a perdu l'appréciation de volonté impulsive et des sensations musculaires. Bain prolongé, lavement purgatif. La nuit se passe sans sommeil et le lendemain le malade refuse toute nourriture et rejette les liquides.

30 novembre. — Affusions froides de deux en deux heures, suspendues à 6 heures du soir. Le soir, la température est à 38° c., le pouls à 100, mais dur. — La nuit est agitée. On nous dit cependant que le malade a été calme pendant quelques instants, et on en infère qu'il a dormi pendant un court intervalle.

1er décembre. — Les affusions sont reprises jusqu'au soir, ainsi que le lendemain. Le malade avale le bouillon qui lui est injecté de force dans la bouche. Langue meilleure.

3 décembre. — Rémission remarquable dans la matinée. Le délire a cessé; le malade est calme et donne des réponses tranquilles; il ne se rend point compte de sa situation. Il avale, le pouls est à 90. Température 37°5. Cette rémission est de courte durée; dans l'après-midi, l'agitation reprend avec la loquacité; le pouls s'élève.

4 décembre. — Reprise des affusions, les dernières qui aient été administrées.

5 décembre. — Aspect normal de la langue. Le malade accepte un peu de nourriture. Le délire est tranquille, mélancolique; les nuits sont meilleures à partir de cette date.

Du 5 au 14 décembre. — Le malade présente des alternatives de calme et d'agitation; mais l'agitation ne présente plus l'acuité du début. Le pouls est toujours fréquent et est devenu petit. Des eschares se forment au sacrum et à l'épitrochlée droite. Le malade se nourrit.

Le 18 décembre, le délire et l'agitation ont complétement cessé et le malade a repris conscience de lui-même. Des hallucinations persistent.

Enfin, au commencement de janvier, l'état mental est normal. M... reprend rapidement ses forces.

Il sort complétement guéri le 2 février 1870.

LYPÉMANIE.

Pendant l'année 1869, 77 malades admis ont présenté les caractères de la lypémanie dans ses diverses formes.

Il nous a été donné d'observer une forme bien remarquable de mélancolie démonophobique.

Voici le résumé de cette observation ;

Observation II. — Femme de 55 ans ; a eu 9 enfants et plusieurs avortements. Aucun antécédent héréditaire. Début de la maladie le 15 juin 1869 ; prostration morale et physique, céphalalgie, spasmes et soubresauts des membres ; plus tard, craintes imaginaires, impulsions suicides, tentatives de suicide ; anxiété précordiale, insomnie, constipation.

Tel était l'état de la malade, lorsque je la vis, pour la première fois, au commencement du mois de juillet ; elle ne pouvait demeurer en place, poussait des gémissements, se disait perdue et prétendait ne pouvoir ni manger ni boire.

A son entrée à l'asile, le 25 août 1869, cet état anxieux était beaucoup plus prononcé et la malade était très-affaiblie. Elle était tourmentée de constipation et ne consentait à prendre que très-peu de nourriture.

Cet état de lypémanie anxieuse reste à peu près le même jusqu'au 15 octobre, époque à laquelle les craintes imaginaires, les terreurs vagues, prennent tout à coup pour la malade une réalité objective. Elle les rapporte à la présence du démon qui a pris possession de son corps ; il s'est logé dans son abdomen et elle sent sa tête du côté droit. « Tenez, dit-elle souvent, portez ici la main ; ne sentez-vous pas cette boule? » Elle se tient souvent le ventre pour soutenir la tête du malin, qui la ferait souffrir sans cette précaution. Souvent le démon lui monte à la gorge comme pour l'étrangler ; elle l'entend crier, miauler, etc.

Les muscles de l'abdomen sont tendus et la palpation est impossible. — Constipation opiniâtre ; langue sèche, pouls misérable ; insomnie. Elle refuse absolument toute espèce de nourriture, par la raison qu'elle ne veut pas que le démon en profite. On est obligé de la nourrir à la sonde œsophagienne. La maigreur devient squelettique ; sa peau est terreuse. Sa figure prend un aspect effrayant. Les pommettes sont tail-

lantes, les yeux démesurément ouverts, le regard fixe et terne. Elle se promène en se contorsionnant la bouche, se roule souvent à terre et fait entendre des cris rauques. Elle s'affaiblit rapidement et meurt dans le marasme le 12 février 1870.

A l'autopsie, on a trouvé, entre autres lésions, un rétrécissement fibreux d'une grande partie du gros intestin; le calibre de l'extrémité du rectum est tellement rétréci qu'il permet à peine l'introduction du petit doigt.

Une variété de la lypémanie anxieuse est ce qu'on a appelé *melancholia desperatoria*. La mélancolie prend ici le caractère d'un violent désespoir.

Observation III. — Nous en avons observé un cas chez un homme de 57 ans. Cet homme avait présenté chez lui des symptômes de *delirium tremens*.

A l'asile, où il était entré le 12 juillet 1869, la maladie avait pris la forme de la lypémanie anxieuse.

Le 14 juillet, il avait tenté de se pendre à un arbre du préau et avait renouvelé sa tentative deux jours après. Il était dominé par cette idée fixe qu'on allait lui couper la tête, et il était étrange de voir cet homme, chaque fois qu'on l'abordait, protester de son innocence et supplier qu'on ne lui fit pas de mal. Il avait la tête habituellement congestionnée et refusait souvent de manger.

Le 19 juillet, exacerbation notable de l'anxiété : le malade est en proie au plus violent désespoir; il se lamente, il pleure, sanglote, hurle, se cache la figure dans les mains, s'arrache les cheveux, se déjette en avant et en arrière.

Cet accès s'est reproduit plusieurs fois, et a cédé chaque fois à un bain prolongé et à l'administration de la digitale.

Il a été retiré amélioré le 11 décembre.

La mélancolie se complique fréquemment d'anomalies sensorielles. Les illusions et les hallucinations impriment au délire un caractère particulier.

Un de nos mélancoliques, réintégré en 1869, s'imagine, sans doute par suite d'une sensation morbide interne, qu'il a le corps plein de gaz; pour s'en débarrasser, il se livre des journées, quelquefois des nuits entières, aux mouvements les plus bizarres, et fait avec la bouche un bruit

simulant le bruit de la scie ou celui de la vapeur sortant avec force d'une chaudière.

MONOMANIE.

9 hommes et 8 femmes, entrés dans l'année, étaient atteints de monomanie. Chez 6 d'entre eux, la monomanie avait passé à l'état chronique et tendait à la démence.

Le délire partiel, le monodélire, ou le délire étendu à un petit nombre d'idées, existe rarement sans un état général concomitant très-accentué. Le monomane, dominé par un petit nombre d'idées fixes, rapporte toutes ses pensées, toutes ses actions à ses fausses conceptions, et repousse toute idée qui leur fait opposition. Son *moi* est asservi; ses sentiments, sa volonté ne sont plus libres, tant il est vrai que toutes les facultés intellectuelles sont solidaires et qu'une lésion isolée quelconque ne saurait atteindre l'une d'elles, sans que toutes les autres ne soient aussitôt sollicitées à entrer dans le courant morbide.

Il est bien rare que la monomanie ne se complique d'anomalie de la sensibilité, et les hallucinations sont souvent très-remarquables et très-étendues.

Observation IV. — S..., ancien instituteur, est atteint de monomanie religieuse. C'est un homme de 50 ans, de moyenne stature, assez gros; il se cambre un peu en marchant; sa physionomie est douce et triste.

Lorsque vous l'abordez, il sourit, vous rend votre salut et répond de la meilleure grâce du monde à toutes les questions que vous lui faites; mais si, par malheur, vous venez à toucher à ses préoccupations délirantes, la scène change : le malade s'émeut, ses lèvres se pincent, sa physionomie s'assombrit, ses yeux expriment la colère, colère d'abord contenue, mais qui bientôt va se déchaîner comme l'ouragan.

S... est prophète; il est Dieu, il est le Christ.

« Le bain que vous m'avez donné il y a huit jours, c'est le clou qui a percé ma main droite; le bain suivant, c'est le clou qui a percé ma main gauche; les autres bains sont les clous

qui ont percé mes pieds. La douche que vous m'avez donnée, c'est la couronne d'épines que vous m'avez placée sur la tête. » En prononçant ces dernières paroles, il s'avance avec menaces vers le médecin qui a ordonné la douche et lui annonce sa mort prochaine. Le temps qu'il passe à l'asile, c'est son tombeau ; mais il sortira victorieux le troisième jour, c'est-à-dire dans les premiers mois de la troisième année.

Dans une lettre adressée à S. M. l'Impératrice, il affirme sa personnalité.

« Je suis le père Eternel ; vous êtes ma fille.

» Je suis Dieu le fils ; vous êtes ma digne mère.

» Je suis Dieu le Saint-Esprit ; vous êtes ma bienheureuse épouse.

» Dans l'ordre politique et religieux, je suis ce que fut Rothschild James dans l'ordre des finances et de l'industrie.

» Je suis, de droit divin, S... II, issu de race royale. — Garibaldi est l'instrument de Satan, le cerbère rivé aux portes de l'enfer.

» La reine d'Angleterre est la portière de l'enfer, son époux en est le portier. J'en suis seul la clef, etc.

» Satan de Colmar, c'est Aman ; je suis Mardochée Hérode ! le masque de la folie que tu tiens à la main pour l'appliquer à ma raison, qui est, dans tous les cas, plus saine que la tienne, je te le laisserai à la main et je l'appliquerai à ta propre raison ; parce que, blasé de la magistrature, enflé d'orgueil, plein d'égoïsme et de la plus sordide cupidité, tu paîtras l'herbe des champs comme le premier bœuf de l'Ecriture.

» La loi humaine punit du bagne le criminel qui a attenté à la pudeur ; elle punit de mort ceux qui ont versé le sang de leur prochain.

» Tyrans, vous m'avez assassiné moralement et condamné à l'expiation de ce crime.

» Despotes cruels et sanguinaires, vous m'avez condamné à la réclusion et vous osez vivre et dormir dans toutes les jouissances de la société.

» Je suis père, et vous m'avez privé de mes enfants. Je fus époux, bien que malheureux, et Satan, non content de participer à la mort spirituelle de mon épouse, l'a assassinée matériellement, en arrachant de sa bouche et de celle de ses nombreux enfants le maigre morceau de pain que j'avais gagné à la sueur de mon front.

» Tremblez pour votre avenir, misérables vampires.

» C..., tu seras enterré sur la terre non bénite.

» M..., tu mourras le second, au 4 mars prochain, 20 minutes avant onze heures.

» B..., tu mourras le troisième, etc. »

Chez une jeune fille, admise en 1869, le délire ne consistait qu'en une seule idée fixe bien délimitée. La malade s'imaginait être en enfer, et elle sentait son corps s'enfoncer peu à peu dans la terre. Il n'existait chez elle aucune hallucination. Elle a guéri.

Nous avons observé un délire analogue chez une femme, à l'asile de Niort. Elle s'imaginait que tout son corps se rapetissait de plus en plus et qu'elle s'enfonçait peu à peu dans la terre ; elle entendait le démon et se sentait enlevée par lui.

Nous nous rappelons encore avoir rencontrée à Stéphansfeld, en 1859, la même idée délirante chez un homme. Il croyait que sa taille s'était réduite à 15 ou 20 centimètres. Après quelques mois d'un traitement inutile, le malade présenta une exophthalmie gauche considérable. Soumis alors à l'action de l'iodure de potassium, il a rapidement et complétement guéri de son exophthalmie et de son affection mentale.

Aliénés muets. — Une fille est entrée à l'asile, le 2 janvier 1869, qui jusqu'ici n'a pas prononcé une seule parole.

Elle entend, l'expression de ses yeux est pleine d'intelligence, elle vous regarde en souriant lorsque vous lui parlez, elle rougit quelquefois, mais s'obstine à garder un silence absolu.

On l'a entendu chanter une fois.

La perte de la parole est ici volontaire. Elle se refuse à tout travail. Elle est quelquefois malpropre.

Un homme, entré également dans l'année, présente le même phénomène. Lorsqu'on lui fait une question, il vous regarde, se balance un instant sur ses jambes et entr'ouvre la bouche. On affirmerait qu'il va répondre. Lorsqu'on insiste, il se retourne d'un geste de mauvaise humeur.

FOLIE ÉPILEPTIQUE.

8 hommes et une seule femme, admis dans l'année, étaient atteints d'aliénation mentale compliquée d'épilepsie.

De ces 9 malades, 4 étaient déments, 1 paralysé général, 4 maniaques.

Chez l'un d'eux, l'épilepsie datait de l'enfance; depuis 3 ans, il donnait des signes d'aliénation mentale, et, à l'asile, nous avons pu constater l'existence de la paralysie générale, diagnostic confirmé par l'autopsie.

Observation V. — D..., dément, avait un père alcoolique; l'épilepsie datait de 6 ans, et l'aliénation mentale de 2 ans.

Il présentait plusieurs attaques par jour et a succombé, au commencement de 1870, à une congestion cérébrale, suite d'attaques convulsives répétées et violentes.

Obs. VI. — R..., antécédents héréditaires; épileptique depuis 17 ans; accès de manie furieuse, délire ambitieux, affaiblissement intellectuel.

Obs. VII. — L..., date récente de l'épilepsie, apparition concomitante de l'aliénation mentale. En 1868, il avait fait quelques excès de boissons, à la suite desquelles survinrent de temps à autre, pendant la nuit, des accès épileptiques. En même temps apparurent des hallucinations et du délire des persécutions. Il s'imagina que sa propriétaire avait ensorcelé un de ses poulets, qu'elle même venait le tourmenter de ses maléfices pendant la nuit. Il la maltraita et fut condamné à deux mois de prison pour rébellion, coups et blessures.

A l'asile, chaque attaque épileptique est annoncée par des hallucinations très-intenses et du délire des persécutions. Le malade croit qu'on agit sur lui au moyen de l'électricité; l'attaque se produit alors et ne consiste le plus souvent qu'en quelques mouvements de rotation sur lui-même. Les attaques sont ordinairement suivies d'agitation maniaque plus ou moins violente.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Le diagnostic de la paralysie générale n'est pas toujours facile au début de la maladie, et très-souvent le médecin peut hésiter, en raison de l'absence fréquente, à cette période, de tout symptôme de paralysie. En effet, si l'altération de l'intelligence est constante dès le début, sous la forme d'un affaiblissement intellectuel qui se prononce de jour en jour et d'un délire maniaque ou mélancolique, les anomalies de la motilité n'apparaissent souvent qu'après coup.

Il faut dire cependant que le délire, dans ces cas, présente certains caractères qui mettent le plus souvent sur la voie. Nous avons actuellement en traitement un jeune homme, entré depuis huit jours, chez lequel n'existait, à son arrivée, aucune anomalie de la motilité; la parole était libre, l'élocution facile et abondante, les pupilles égales; mais le délire, qui était expansif, se présentait avec des caractères de mobilité, d'absurdité, de multiplicité et de contradictions tels, qu'il a été possible d'en déduire avec certitude la paralysie générale. Depuis, est survenue de l'inégalité pupillaire; il est certain que sous peu apparaîtront de l'embarras de la parole et d'autres éléments de paralysie.

Nous avons eu, pendant l'année 1869, 32 admissions de paralysés généraux, 22 hommes et 10 femmes.

La fréquence de la paralysie générale, dans une circonscription donnée, doit être corrélative à celle de l'aliénation mentale en général; car les conditions d'existence et de civilisation qui élèvent le plus le rapport du nombre des aliénés au chiffre total de la population sont également celles où se rencontrent les causes les plus directes et les plus puissantes de la paralysie générale. Ainsi, dans les circonscriptions qui renferment les plus grandes villes et le plus

de grandes villes, de centres industriels populeux, la fréquence de la paralysie générale doit atteindre son maximum, comme la fréquence de la folie en général. A l'asile de Niort, par exemple, la proportion des paralysés généraux est extrêmement faible; mais aussi l'élément agricole domine dans le département des Deux-Sèvres, l'industrie y est disséminée et peu développée, et, à l'exception du chef-lieu départemental, il n'y existe aucun centre de quelque importance.

Sur les 32 aliénés atteints de paralysie générale, 8 étaient arrivés à une période très-avancée de la maladie, et sont morts dans le courant de l'année. La paralysie générale, en effet, fournit un notable contingent à la mortalité. C'est que cette affection parcourt très-rapidement ses périodes et se termine toujours par la mort dans l'espace de 3 ans.

Observation VIII. — X..., 33 ans; entré à l'asile d'Illenau en mai 1869, et à Stéphansfeld en décembre de la même année.

L'époque du début de la maladie ne peut être précisée. Il a fait des dépenses exagérées, s'est livré à des scènes de violence, a été arrêté et transféré à Illenau.

Constitution très-forte, tempérament sanguin; syphilis antérieure. — Anomalies de la motilité d'abord peu intenses; simple hésitation de la parole, tremblement musculaire de la face, particulièrement des lèvres, tremblement et ataxie de la langue, marche incertaine; dilatation inégale des pupilles, blépharoptose.

En même temps apparaît du délire des grandeurs; le malade conçoit des plans gigantesques, il ira à Paris, construira un tunnel entre Calais et Douvres, gagnera des billions, en fera cadeau au peuple français qui le proclamera empereur. Retenu prisonnier, malgré la volonté du peuple français, il rédige une proclamation :

« A tous les peuples présents et à venir de l'Europe et des autres parties du monde, salut :

» Je X..., me mets à la tête de toutes les nations sous le titre de chef suprême de tous les peuples de la terre; je m'adjoindrai les adjectifs : le grand des rois et empereur, le très-clément,

le très-juste, le tout puissant, le tout charitable et le réorganisateur des peuples de la terre.

» Je décrète ce qui suit :

» 1° Tous les potentats, quels que soient leurs titres, sont dépossédés ; maudite soit leur mémoire.

» 2° Tous leurs biens sont confisqués au profit de ma caisse personnelle qui profitera à son tour à tous les peuples.

» 3° Les troupes sont abolies, ainsi que les gardes nationales et toute milice ; il n'y aura plus de guerre. Les troupes prendront leurs uniformes avec eux, pour détacher les boutons et les porter dans leurs foyers.

» 4° Les fortunes seront démolies.

» 5° Il n'y aura plus d'impôts.

» 6° Quand chacun sera devenu riche et que personne ne voudra plus travailler, j'ordonnerai une conscription de travailleurs qui ne recevront aucune rémunération. . . »

Et il continue à développer ainsi 29 paragraphes. Tous les éléments de la paralysie générale s'aggravent rapidement ; déchéance de plus en plus prononcée des facultés intellectuelles, et, au fur et à mesure que baissent les facultés, exaltation de plus en plus grande du délire des richesses et des grandeurs.

Il est le messie, le pasteur de tous les peuples ; il construit des machines colossales, des globes célestes merveilleux et démesurément étendus ; il transforme les plantes et les animaux et leur donne tout pouvoir au moyen de machines ; il télégraphie aux astres.

Pour lui, il n'existe plus ni espace, ni temps, et ces notions n'ont plus pour lui de signification.

Accès d'agitation, sous la forme d'une violente colère. Dans ces moments, la température s'élève et le pouls est fréquent et fort. La paralysie générale n'est pas une maladie pyrétique, mais ses périodes de manie incidente sont marquées le plus souvent par une élévation de la chaleur. Cette élévation de la chaleur constitue, dans les cas douteux, un élément précieux de diagnostic, parce que rien de semblable ne se produit dans la manie aigüe dont les exacerbations sont plutôt marquées par un abaissement de la température. . .

Parole de plus en plus embarrassée ; inégalité pupillaire, surtout sensible pendant les accès d'agitation.

Quelle est donc la cause d'un phénomène aussi remar-

quable et aussi fugace que celui de l'inégalité pupillaire ? Ne serait-il pas dû à une inégalité de pression produite passagèrement sur le cerveau par une coagulation sanguine ou un afflux de sérosité ? On connaît le fait, rapporté par Wilks, d'un enfant hydrocéphale chez lequel la dilatation pupillaire se produisait isolément, et à volonté, à droite ou à gauche, selon qu'on le couchait de l'un ou de l'autre côté. Quelque chose d'analogue doit sans doute se passer ici, et l'on ne saurait expliquer autrement l'instabilité si remarquable d'autres phénomènes paralytiques ou ataxiques dont la durée est si courte et qui disparaissent subitement pour faire place à la plus complète liberté des mouvements.

Comme la parole, l'écriture, d'abord moins nette, finit par devenir illisible.

La parole aujourd'hui est à peu près inintelligible ; le malade prononce des monosyllables, sans aucune signification ; il écarte considérablement les jambes en marchant et laisse aller continuellement sous lui.

On peut prévoir le moment peu éloigné ou il ne pourra plus ni marcher ni se soutenir, où la paralysie aura envahi les muscles de la déglutition et où le marasme et la mort viendront mettre un terme à une aussi misérable situation, à moins que le malade ne succombe à une complication grave et subite du côté du cerveau.

DÉMENCE, IMBÉCILLITÉ, IDIOTIE.

	H.	F.	D. S.
Démence simple . . .	7	11	18
— paralytique..	2	5	7
— sénile	1	1	2
Total. . .	10	17	27
Imbécillité	4	3	7
Idiotie.	4	2	6
Total. . .	8	5	13

III. — SORTIES ET DÉCÈS.

	H.	F.	D. S.
Sont sortis par guérison.. . .	49	38	87
— par amélioration..	20	22	42
— sans amélioration.	25	15	40
Totaux. . .	94	75	169

Si nous comparons le chiffre des sorties par guérison au total des admissions, nous obtenons le résultat suivant :

Guérisons.	Admissions.	Proportion des guérisons.
87	297	1 sur 2,9 ou 34 p. 100.

Résultat extrêmement favorable et qui, à lui seul, témoigne de l'excellente organisation de notre asile.

Pour les hommes, la proportion des guérisons est plus élevée que pour les femme:

Hommes. .	49	guérisons sur	128	admissions ou	38,2 p. 100
Femmes . .	38	—	136	—	27,9 p. 100

Un résultat inverse a été obtenu en 1868.

En ce qui concerne les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin :

Bas-Rhin..	52	guérisons sur	148	admissions ou	35,13 p. 100
Haut-Rhin.	25	—	92	—	27,17 p. 100

Les admissions du Haut-Rhin ont donc fourni moins de guérisons que celles de notre département. Le même fait s'est produit en 1868. Ce résultat est la conséquence de certaines conditions défavorables que nous avons indiquées plus haut.

FORMES DE L'ALIÉNATION DES MALADES SORTIS GUÉRIS EN 1869.

	H.	F.	D. S.
Monomanie	4	»	4
Lypémanie	8	15	23
Manie	31	20	51
Total. . .	43	35	78

Le chiffre des décès s'est élevé à 123, 65 hommes et 58 femmes ; comparé à la population moyenne, 784, ce chiffre nous donne la proportion de 1 décès sur 6,3 ou 15,6 pour 100.

La mortalité chez les hommes est plus élevée que chez les femmes :

Hommes, 55 sur une population moy. de 344 = 18,8 p. 100
Femmes, 58 — — 439 = 13,2 p. 100

123 décès sur une prop. moy. de 784 = 15,6 p. 100

En ce qui concerne les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin :

Bas-Rhin, 62 décès sur une popul. moy. de 402 = 15,4 p. 100
Haut-Rh., 54 — — de 342 = 15,7 p. 100

La proportion des décès est à peu de chose près la même pour l'un et l'autre département.

DÉCÈS D'APRÈS LA FORME DE L'ALIÉNATION MENTALE.

	H.	F.	D. S.	Proportion pour 100.
Manie.	15	10	25	20,32
Lypémanie	7	11	18	14,63
Paralysie générale..	14	8	22	17,88
Démence	18	22	40	32,52
Idiotie, imbécillité.	5	2	7	5,69
Folie épileptique. .	6	5	11	8,94
	65	58	123	100

CAUSE DES DÉCÈS.

			Type-manie.		Manie.		Paralysie générale.		Démence.		Imbécill. Idiotie.		Folie épileptique.		Total.		Total général
			H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Système nerveux.	Congestion cérébrale		»	»	1	2	6	»	2	2	»	»	1	3	10	7	17
	Apoplexie cérébrale		»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
	Autres affections		»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1
Appareil de la circulation et de la respiration.	Bronchite chronique		»	»	1	2	1	1	»	1	1	2	1	2	4	8	12
	Pneumonie		»	»	4	2	1	»	1	1	1	1	»	»	7	4	11
	Pleurésie		»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	1	2
	Phthisie pulmonaire		1	2	2	3	2	3	2	2	1	1	4	2	12	10	22
	Affections du cœur		»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	4	4
	Autres affections		»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»	4	»	4
Appareil de la digestion.	Dysenterie		»	»	1	»	1	»	2	1	»	»	»	»	4	1	5
	Péritonite		»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	2
	Néphrite albumineuse		1	2	»	»	»	»	1	»	1	»	1	1	4	3	7
Affections diverses.	Marasme		1	2	3	3	2	3	1	1	1	2	2	1	10	12	22
	Autres affections		»	2	»	»	»	1	3	3	2	1	2	1	7	8	15
Total....			2	6	15	10	14	8	18	22	5	2	6	5	65	58	123
			18		25		22		40		7		11		123		

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE PILOTELLE (ÉDOUARD)

INCULPÉ DE COUPS ET BLESSURES

(Délire de persécution; responsabilité restreinte; condamnation)

Par M. SOLAVILLE
Médecin en chef de l'asile des aliénés de Poitiers (Vienne).

Nous soussignés docteurs en médecine de la Faculté de Paris, directeur de l'École de médecine de Poitiers et médecin en chef de l'asile des aliénés, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction, en date du 21 mars 1869, à l'effet de constater l'état mental du nommé P..... (Edouard), inculpé de blessures volontaires, faites avec préméditation sur la personne de la dame Robin, marchande mercière, demeurant à Poitiers; après nous être transportés à la maison d'arrêt, soit ensemble, soit séparément, et aussi souvent que cela nous a paru nécessaire pour remplir notre mission, et après avoir prêté le serment préalablement exigé, avons consigné le résultat de notre examen dans le rapport suivant :

Exposition des faits.

Ayant reçu congé de l'appartement qu'il occupait, rue Magenta, P..... était à la recherche d'une maison où il

put convenablement installer son établissement de photographie. La chose n'était point facile et il s'en montrait fort soucieux. Cependant il avait, paraît-il, trouvé le local qu'il désirait, et il ne s'agissait plus que de l'approprier à sa convenance. Pour cela, il dut passer la journée du 19 mars en compagnie de l'ouvrier chargé des travaux qu'il comptait entreprendre. Bonnet, le menuisier avec lequel il avait pris des arrangements à cet effet, affirme qu'ils n'ont fait aucune consommation au café de la Comédie, où ils s'étaient rencontrés. Du café il s'en fut au bazar des Augustins, où il causa quelque temps encore avec le propriétaire, le priant de lui indiquer une maison pour y transporter son atelier; et, sur l'observation que lui faisait celui-ci de rester là où il était, puisqu'il y faisait bien ses affaires, P... lui apprit que depuis quinze jours son appartement était loué. Comme le précédent témoin, il ne remarqua rien d'extraordinaire dans son aspect, pendant tout le temps que dura l'entretien; il était parfaitement calme, ne montrait aucune exaltation, et rien, dans son allure, n'annonçait qu'il méditât quelque mauvais dessein.

Mais il venait à peine de le quitter, que P... entrait dans le magasin de la dame Robin, chez laquelle il demeurait, lui lançait au visage le contenu d'un flacon rempli d'acide nitrique qu'il tenait à la main, et courait éperdu se livrer aux gendarmes.

Antécédents et commémoratifs.

Nous n'avons pas à nous occuper des divers détails de la cause, ni à disserter sur les mobiles et les caractères de l'acte incriminé. Aux magistrats seuls il appartient d'en connaître. Le rôle du médecin expert doit se borner à l'observation de l'individu malade. Nous nous y renfermerons, en nous aidant au besoin des documents que l'instruction aura pu nous fournir.

Les renseignements que nous avons recueillis nous apprennent que l'inculpé eut une enfance maladive. Ce n'est guère que vers l'âge de quinze ans qu'il commença à se développer, mais longtemps encore il resta chétif et souffreteux. Son père, homme d'une intelligence remarquable, mais esprit bizarre, facile à l'enthousiasme, libre penseur, comme on dit aujourd'hui, se préoccupa peu du soin de son éducation ; sa mère, femme du monde et de plaisir, l'abandonnait entièrement à ses caprices. Il grandit sans direction aucune, livré à ses instincts que nul ne songeait à réprimer.

C'était, au dire des personnes qui l'ont connu à cette époque, un enfant turbulent et tapageur, taquin et volontaire, que la moindre contradiction irritait. On citait de lui des espiégleries qui témoignaient déjà d'une excentricité précoce. Cette excentricité devait s'accentuer avec l'âge.

Élevé dans sa famille, qui se montrait peu sévère, il n'y fit que des études incomplètes. Ce n'était pas qu'il manquât d'aptitude pour le travail, ni même de goût pour les choses qu'il entreprenait ; mais il ne s'y arrêtait pas longtemps. Versatile à l'excès, rien ne pouvait fixer cette nature inconstante.

Cependant son père mourut, emporté par une fièvre typhoïde, à l'âge de 56 ans. Laissé sans fortune, P... dut choisir un état. Ses tendances artistiques le portèrent à embrasser la profession de photographe.

Pour le fils d'un magistrat, honorablement apparenté, c'était un peu déchoir ; mais il en prit aisément son parti. Avec du talent et de l'esprit de conduite, pourquoi ne réussirait-il pas ? Les relations même de sa famille ne pouvaient que lui faciliter le succès. Ces considérations décidèrent de son choix. Quant à son talent, chacun se plaisait à le reconnaître et son opinion personnelle à cet égard ne tendait point à l'amoindrir.

Quoiqu'il en soit, l'exploitation industrielle, à laquelle il

avait associé son jeune frère, était en voie de prospérité ; mais l'accord ne dura pas longtemps, et la communauté fut dissoute. Resté seul, P... menait assez bien ses affaires ; les clients arrivaient à l'atelier. Malheureusement la seconde condition, indispensable pour les retenir, lui faisait totalement défaut.

En effet, si nous consultons le dossier judiciaire de l'inculpé, nous voyons que les déclarations des témoins sont unanimes pour nous le représenter comme un homme inconsistant, original, *un peu toqué*, d'une mobilité singulière, incapable de contrainte et foulant aux pieds tous les préjugés, « se liant avec tous ceux qui lui conviennent, sans distinction de rang, ni même d'honorabilité, s'enivrant avec eux ; mais, il faut le dire, reprenant ses habitudes de sobriété, lorsqu'il est débarrassé de ses compagnons de débauche. » (*Déposition de Robin.*)

Avec ce caractère faible, irrésolu, sans défense, ayant en quelque sorte perdu le pouvoir de se contrôler, P... devait céder à tous les courants, et l'on devine aisément quel empire exercerait sur un esprit ainsi prédisposé la femme assez forte pour s'en emparer et le contenir. Cette femme se trouva, mais c'était pour le perdre.

Telle était sa vie, telles étaient ses habitudes, lorsqu'il prit à son service une fille Annette, dont il ne tarda pas à faire sa maîtresse, sans que la présence de sa mère lui inspirât plus de retenue. Peu de temps après, M^me^ P... mit cette fille à la porte, non pourtant sans résistance ni protestation de la part de son fils, qui en garda quelque ressentiment. Sa tête, peu solide, en fut même un instant ébranlée.

Mais bientôt une autre servante remplaçait la première. Elle n'était pas de vertu plus farouche, et celle de P..., on le sait, n'était point à toute épreuve. Il céda à l'occasion, à l'entraînement peut-être ; mais ce qui n'avait été qu'un caprice d'abord, devint une véritable passion. Toutefois, une

emme qui se respecte, on le comprendra sans peine, ne pouvait tolérer dans sa maison ces mariages interlopes, et Céline fut chassée, comme on avait chassé Annette, au grand désespoir de l'amant, forcément délaissé. Céline partie, sa raison fit naufrage.

Il ne travaillait plus. Quand il venait des personnes au salon, on le faisait prévenir ; s'il ne lui plaisait pas de se montrer, il se tenait renfermé dans sa galerie, d'où il était impossible de le faire sortir. Et quand on lui reprochait ses bizarreries, il répondait : « J'ai la tête en feu, je suis malade ; placez-moi quelque part pour me reposer. » (*Déposition de la veuve Bacot.*)

Ecoutons la déposition de la femme Babaut, que nous reproduisons ici textuellement, dans sa simplicité naïve :

« Ce jeune homme n'est pas méchant, mais il a l'habi-
» tude de taquiner les gens. Il vous poursuit, en disant
» des choses pour vous faire enrager. Souvent il lui prend
» des fantaisies de crier ; alors il ouvre la fenêtre et crie
» tout ce qui lui passe par la tête. Il avait eu pour bonne
» une fille Annette, dont il avait fait sa maîtresse.
» Mme P... la mit à la porte, avec beaucoup de peine.
» Après le départ de cette fille, on l'entendait crier par la
» fenêtre : Annette ! Annette ! je veux Annette ! Tout le
» public savait donc qu'il voulait Annette, et les gamins
» le suivaient dans les rues en appelant Annette.

» Quand cette fille fut partie, ce fut une autre du nom
» de Céline qui devint aussi sa maîtresse. Elle partit comme
» la première ; alors ce fut Céline qu'il appelait par la
» fenêtre, et tous les voisins se moquaient de lui. Il appe-
» lait Céline, disant qu'il voulait se marier avec elle ; mais
» au fond *je crois bien qu'il ne savait pas ce qu'il voulait.*

» Le caractère d'Edouard est extraordinaire ; quand il
» gagnait de l'argent, il le donnait à sa mère ; ce qui ne
» l'empêchait pas de lui dire des injures et même de les
» crier en public. En un mot, c'est un mélange de bon et

» de mauvais, et *s'il avait eu la tête bien organisée, ce ne* » *serait pas arrivé.* »

Un autre dépose à peu près dans les mêmes termes : « Il était toujours désolé, désespéré, voulant se tuer, tantôt » avec un couteau de cuisine, tantôt avec une fourchette. » Il disait qu'il était malade, qu'il avait mal à la tête, qu'il » fallait le mettre dans une maison de santé. Une autre » fois, il me disait : *J'ai envie de crier, ouvrez donc la porte* » *de la terrasse ;* et alors il criait à tue-tête tout ce qui lui » venait à l'idée ; par exemple ceci : — *M*lle *D... se marie !* » — et tous les gens du marché, et Mlle D... elle-même, » pouvaient l'entendre. C'était un bon cœur, *mais je crois* » *bien qu'il avait la tête perdue.* »

« J'ai cessé de le fréquenter, déclare un de ses anciens » camarades, *à cause de l'incohérence de ses idées et de* » *l'exaltation de son esprit.* » (*Déposition Marot.*)

Souvent il se livrait à des emportements, à des violences dont tout le quartier était témoin ; c'était surtout avec sa mère des discussions interminables ; il l'injuriait de la manière la plus grossière (*déposition Robin*). Personne n'échappait à ses invectives ou à ses menaces. « J'ai un revolver, je brûlerai la cervelle à Robin, disait-il un jour. J'ai une canne à épée et je le traverserai. » Et il en faisait le geste (*déposition de la femme Ponti*). Mais on le connaissait, on ne le prenait pas au sérieux, on le savait même un peu poltron. On disait de lui : *C'est un toqué ! Voilà le toqué !*

Au demeurant, ce n'est pas un méchant homme, comme le dit la femme Babaut ; il aime à obliger, il est charitable aux pauvres, et souvent il aida de sa bourse de plus nécessiteux que lui. Contradiction étrange ! il avait des soins et des tendresses pour cette mère que dans d'autres moments il poursuivait d'outrages. Il est plein de sollicitude pour elle, il sait qu'il est son soutien, et son avenir l'inquiète ; il s'écrie, dans sa prison : « Ma pauvre mère, que va-t-elle devenir ! » S'il buvait, — ce qui lui arrivait rarement, —

avec des gens qui ne lui faisaient point honneur, il était habituellement sobre, laborieux et économe.

Lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'état mental d'un inculpé, c'est le devoir du médecin légiste de ne rien négliger pour éclairer son opinion et celle des magistrats qui le consultent. Rien de ce qui touche le sujet mis en cause ne doit être indifférent à ses yeux : chaque fait a son importance, le moindre détail a sa valeur, un mot suffit pour décider une conviction qui chancelle.

Dans les rues, P... abordait le premier venu, lui demandant conseil ou lui débitant des histoires folles; il accostait une femme et relevait son voile, joignant à l'insolence du geste la grossièreté des mots. — Le soir, s'il se promenait sur la place d'armes, en compagnie de quelques amis, et que la retraite vint à sonner, il les quittait brusquement pour courir jusqu'à la caserne, suivant ou précédant les tambours. Une autre fois, on le rencontrait descendant l'escalier de la maison, sans chemise, dans la nudité la plus complète. Il est parfois naïf, et les plaisanteries les plus exorbitantes ne sont point inaccessibles à sa crédulité.

Nous n'en finirions pas de relater ici toutes les défaillances de cet esprit désordonné et de raconter les écarts de cette existence dévoyée, dont l'acte du 19 mars devait être le couronnement inévitable.

Examen direct.

L'inculpé, que nous avons visité à plusieurs reprises, est un jeune homme de 29 ans, de taille moyenne, d'un tempérament nerveux très-prononcé, de constitution peu robuste. Sa barbe, qu'il porte entière, est rousse, sa chevelure inculte, son visage pâle et allongé. Tout cet ensemble donne à sa physionomie un cachet particulier, jadis cher à certains artistes. L'œil est vif et perçant, le regard assuré.

Il répond avec empressément aux questions qu'on lui

adresse. Tout en cherchant à en atténuer la portée, il ne nie pas l'acte qui lui est imputé, et nous en raconte les phases diverses avec une lucidité parfaite. Il s'abandonne à bien des digressions, mais comme elles peuvent nous apporter quelque lumière, nous le laissons parler. Sans paraître se douter le moins du monde de l'impression pénible que fait naître en nous une confession que nous voudrions ne pas croire sincère, il nous fait le récit de sa vie, peu édifiante assurément, avec une crudité de paroles poussée jusqu'au cynisme. Il nous serait malaisé vraiment de traduire son langage avec des mots décents et de révéler, sans embarras, certains détails qu'il nous livre avec une sorte de complaisance.

Si l'un de nous lui demande quelles sont ses idées en morale, il semble d'abord tout étonné d'une pareille question, et finit par répondre :

— Je ne volerais pas mon voisin.

— Oui ; mais vous lui prendriez volontiers sa femme ?

— Ah ! dame... je ne dis pas. Toutefois, je ne voudrais pas tromper un ami, en lui prenant sa maîtresse.

— En êtes-vous bien sûr ?

P... sourit et se tait. Il n'en jurerait pas. Nous n'ignorons point que si cette morale trouve dans le monde des gens qui la pratiquent, nul n'ose la proclamer tout haut. P... a ce courage. C'est ce qu'on appelle un fanfaron de vice ; il se vante de ses débordements, comme d'autres s'en cachent. Il avoue sans honte ses habitudes vicieuses, et nous désigne les lupanars, théâtres de ses exploits, je dirais presqu'avec une sorte de satisfaction vaniteuse. Avoir des maîtresses, en quelques bas-lieux qu'il aille les chercher, se montrer en public avec elles, afficher ses désordres, faire en même temps bon marché de la réputation des autres, cela lui semble choses toutes naturelles. Il y a chez ce malheureux jeune homme une ignorance complète de tous les devoirs sociaux : toute pudeur, tout respect humain lui sont étran-

gers ; et nous nous demandons, devant cette perversion absolue du sens moral, si cet homme a bien sa raison, ou s'il n'est pas déjà sous l'étreinte de la folie.

Quand nous cherchons à ramener son attention sur le fait répréhensible commis par lui, dans la soirée du 19 mars dernier, ses souvenirs sont moins précis ; son récit diffère un peu de sa déclaration devant M. le juge d'instruction, et sur la remarque que nous lui en faisons, il répond : « Que » voulez-vous? j'avais la tête perdue : je ne me rappelle plus » ce que j'ai pu dire ; mais soyez bien persuadés que ce que » je vous dis aujourd'hui est l'exacte vérité. Je venais de » rentrer chez moi. J'avais des portraits à faire pour le » lendemain, et je préparais avec de l'acide nitrique, » comme cela se pratique, les glaces dont j'avais besoin » pour mon travail. En descendant pour aller à la fontaine, » je faillis tomber dans l'escalier, parce que mes souliers » ne me tenaient pas aux pieds. J'entrai dans le magasin » de Mme Robin pour acheter du galon, je n'avais pas » d'autre intention, je vous jure. A peine entré, cette dame » m'apostropha par des paroles blessantes pour ma mère et » pour moi, me disant, par exemple, *qu'elle allait enfin être* » *débarrassée de la canaille qui salissait sa maison.* C'est » alors qu'emporté par la colère, je lui lançai le contenu » de mon vase à la figure..... Ce fut un mouvement tout » spontané, involontaire, machinal, que je regrettai aus- » sitôt. — Il faut vous dire que je suis sujet à ces mouve- » ments, quand quelque chose me contrarie. Ce sont des » espèces de soubresauts, quelque chose de convulsif. Il » m'est arrivé plus d'une fois, me trouvant à table avec » mon frère, de lui jeter à la tête ce que j'avais dans mon » assiette. Je ne suis pas maître de ça. Je n'en voulais pas » à cette femme. Une pareille action est celle d'un lâche, » et je n'en aurais jamais été capable, si j'avais eu toute ma » raison..... Un moment, je voulus lui porter secours...; » mais je me suis sauvé, courant par les rues, sans savoir

» ce que je faisais. Je n'avais plus la tête à moi. J'arrivai » ainsi à la porte de la gendarmerie, où je racontai ce qui » venait de se passer. On ne voulait pas me croire.

— » Aviez-vous bu, ce jour-là?

— » Mon Dieu! on ne peut rien faire avec les ouvriers » sans boire avec eux. Si on refuse, ils s'imaginent qu'on » est fier ; il suffit que vous ayez une mauvaise redingote » qui souvent ne vaut pas leur blouse. J'avais donc bu, sans » excès pourtant; mais, vous savez, quand on est habitué à » ne boire que de la piquette, il faut peu de chose pour » vous troubler. »

Si on accuse P... d'avoir prémédité sa mauvaise action, il proteste énergiquement contre une pareille imputation. Il n'avait rien calculé.

Ce qui le préoccupe beaucoup, c'est de savoir quelle peine lui sera infligée. S'il restera longtemps en prison? Que va devenir sa clientèle? Mais ces préoccupations ne lui font point oublier les soins d'un autre ordre. Ce dont il se plaint surtout, ce qu'il trouve dur, c'est le régime auquel il est soumis aujourd'hui. A chaque visite que nous lui faisons, il nous demande d'obtenir pour lui une nourriture plus abondante, celle dont les autres détenus se contentent ne suffisant pas à son exigeant appétit. « Il meurt de faim. » On dirait que les privations qu'il endure de ce côté lui sont plus pénibles que le contact des misérables au milieu desquels il est forcé de vivre et dont il redoute à tout moment les brutalités.

La nuit, il ne dort pas, et les amères réflexions qui l'obsèdent font un supplice de ses longues insomnies. Le moral en souffrance retentit sur le physique : P... se plaint depuis quelques jours de pertes séminales, déjà ressenties, et dont nous aurons à rechercher l'influence sur sa situation mentale.

Résumé et appréciation médicale.

Nous ne nous le dissimulons pas, nous avons à résoudre une question difficile. Sommes-nous en face d'un fou, dont la liberté est une menace pour la société et contre lequel il faut la protéger? ou n'avons-nous affaire qu'à une de ces organisations défectueuses qu'il faut plaindre, mais à la liberté desquelles nous n'avons pas le droit de porter atteinte?

P... est-il un aliéné criminel que la privation de libre arbitre exonère de toute responsabilité? ou bien est-ce un coupable vulgaire dont les actes tombent sous le coup de la loi et qu'elle doit punir?

Il y a là, pour le médecin consultant, un dilemme redoutable, et l'on ne s'étonnera pas de la prudente lenteur que nous avons apportée dans notre examen et du soin avec lequel nous avons dû procéder à nos investigations.

Nous connaissons maintenant l'inculpé, ses particularités étranges; nous savons les extravagances et les égarements de sa jeunesse; ses bizarreries, ses singularités ne laissent aucun doute sur le fonctionnement peu régulier de ce cerveau compromis.

Nous pouvons, sans crainte de nous tromper, lui refuser dès aujourd'hui la pleine possession de *cette intégrité de l'esprit, de ce jugement droit et sain*, réclamés par les jurisconsultes. Mais il serait téméraire d'affirmer qu'il est fou, dans le sens absolu du mot, et que, dans les actes ordinaires de la vie, la volonté, ce magnifique attribut de l'homme, qui l'élève et le complète, que la volonté lui manque. Assurément déjà, nous la croyons amoindrie par son infériorité morale; mais qui nous dira où la raison a perdu son empire, où la folie commence?

« L'échelle intellectuelle présente d'innombrables degrés, » a dit Esquirol; et il n'est pas facile de reconnaître

la limite qui sépare une excentricité excessive d'un état réel d'aliénation.

Un des juristes les plus distingués de l'Allemagne, Mittermaier, ne craint pas d'avancer qu'il se présente d'énormes difficultés pour les analogies existant entre la véritable folie et les phénomènes se rapportant à des habitudes vicieuses, à des inclinations coupables, à des exaltations passionnées, qui peuvent conduire à des actions criminelles. « Il faut avouer, dit-il, dans son beau tra-
» vail sur les *Expertises médico-légales en matière d'alié-*
» *nation mentale*, que la santé est une chose bien relative,
» et qu'il peut survenir chez tout homme, par suite de
» certaines circonstances : éducation, habitudes mauvaises,
» prédispositions particulières, etc., des aberrations intel-
» lectuelles et morales, qui cependant sont encore soumises
» à la domination de la volonté ; on doit reconnaître que
» l'état normal, qui caractérise la santé, et celui qui dis-
» tingue l'affection mentale, passent souvent de l'un à
» l'autre, en traversant des limites bien imperceptibles. »

Le cas sur lequel nous sommes appelés à nous prononcer offre les mêmes analogies et les mêmes difficultés. Mais aujourd'hui qu'il est généralement reconnu, qu'entre l'intégrité absolue des facultés et l'aliénation qui exclut la responsabilité des actes, il est une infinité de situations intermédiaires qui déterminent également le degré de responsabilité, le médecin, convaincu qu'il existe chez l'accusé un *état mental particulier* qui doit faire admettre une responsabilité restreinte, ne doit pas hésiter à mentionner son opinion toute entière, alors qu'il lui est presque impossible de catégoriser certaine affection.

Indépendamment des troubles divers qui démontrent cette situation mentale particulière et des causes qui peuvent la produire, il est encore certains états pathologiques accidentels qui réagissent sur le cerveau et qui ne sont pas sans exercer sur la vie morale une influence marquée.

Nous voulons parler des *pertes séminales* que P... accuse aujourd'hui et qu'a pu constater avec nous le médecin de la prison. Nous retrouvons chez lui le cortége des symptômes qui caractérisent cette affection, dont l'action pernicieuse sur le système nerveux peut aller jusqu'à la production de la folie.

Conclusions.

« 1° P... est-il sujet à des hallucinations ou atteint de » monomanie ou d'aliénation mentale?

» 2° Doit-il être déclaré responsable vis-à-vis de la so- » ciété de ses actions? »

Telles sont les questions qui nous sont posées par M. le juge d'instruction, et auxquelles nous avons à répondre.

Par les considérations dans lesquelles nous sommes entrés et que nous venons d'exposer longuement, nous avons cherché à bien établir le véritable état mental du sujet.

Nous avons voulu démontrer, comme résultant de l'enquête rigoureuse à laquelle nous nous sommes livrés, que le nommé P... n'est point un aliéné proprement dit, sans pour cela le déclarer indemne de toute insanité d'esprit. Nous lui laisserons le nom que ses excentricités lui ont fait assigner par tous ceux qui le connaissent : c'est un *toqué*. Les infirmes, à la catégorie desquels il appartient et dont il est un type achevé, ne sont pas de ceux que l'on renferme; mais ils sont la souche, ils sont les générateurs de cette foule de déshérités qui peuplent nos asiles.

Vis-à-vis de la loi, sont-ils responsables de leurs actions? Nous n'hésitons pas à le déclarer : il leur reste encore assez d'intelligence et de raisou pour discerner le bien du mal, le juste de l'injuste ; la volonté chez eux n'est pas tellement impuissante, qu'elle ait le droit d'abdiquer, et qu'ils puissent, en cas de crime ou de délit, échapper à la répression.

Nous ferons toutefois nos réserves à l'égard de P..., que

nous n'avons pas mission de défendre sans doute, mais qu'il est de notre devoir de protéger contre une erreur judiciaire. N'est-ce point en effet pour éviter ces erreurs possibles, que la justice impartiale fait appel aux lumières de la science?

Expliquons-nous.

Comme nous l'avons fait connaître, P... est un *excentrique;* mais cette infirmité native ne suffit pas à nos yeux pour l'exonérer de toute responsabilité. Si, à ce titre, le bénéfice des circonstances atténuantes, toujours subordonné à l'appréciation des juges, lui est sûrement acquis, elle n'est point, selon nous, un droit à l'immunité absolue. Cette immunité, cependant, pourrait trouver sa raison d'être dans les conditions morale et corporelle où il se trouvait, lors de la perpétration de l'acte qui lui est reproché. Rappelons-les en peu de mots.

En jetant un regard rétrospectif sur les faits qui ont précédé l'acte du 19 mars, nous voyons P... en proie à une véritable excitation maniaque, causée par le départ des deux malheureuses filles fatalement introduites dans sa maison. Il crie par la fenêtre toutes les idées qui troublent son cerveau ; avec sa mère, ce sont tous les jours des scènes regrettables. « J'ai cessé mes rapports avec lui, dit un témoin, à » cause de l'incohérence de ses idées et de l'exaltation de » son esprit. » Il demande qu'on le conduise dans une maison de santé, qu'il a besoin de repos. Au juge d'instruction qui l'interroge il répond : « J'avais la tête en feu... je n'étais » plus à moi... ; mes idées ne suffisaient plus à la direction » de mon travail... Il fallait que je fasse ce que j'ai fait, je » ne pouvais plus m'en empêcher. » — Qui ne reconnaîtrait à ce tableau l'expression d'un véritable délire? Et s'étonnera-t-on maintenant que sous l'empire d'une passion violente, surexcité par quelques paroles imprudentes, cet homme, si facilement irritable, n'ait pu opposer une résistance efficace à un entraînement que sa volonté subjuguée était impuissante à réprimer ?

Certes, les passions, quelques violentes qu'elles soient, ne peuvent être assimilées à l'aliénation mentale. « Elles impressionnent le jugement, comme l'a dit un aliéniste distingué, mais elles ne le détruisent pas ; elles emportent parfois l'esprit jusqu'à des résolutions extrêmes, mais elles n'impriment pas sur le cerveau une tache pathologique. Que, dans des circonstances données, elles fassent fléchir la volonté, nous l'accordons ; mais la liberté n'est qu'affaiblie et non pas éteinte. »

Si, comme il l'affirme, l'inculpé, malgré les réclamations encore possibles de la raison, n'a fait que céder à un mouvement instinctif, spontané, automatique, comme la science en possède de nombreux exemples, nous ne voyons là qu'une de ces impulsions irrésistibles, devant laquelle sa force morale, déjà opprimée, devait infailliblement succomber. Les faits démontrent, dit Calmeil, que l'esprit humain est parfois susceptible de ces dérangements subits, de ces élans involontaires. Et si la loi l'a compris, elle n'a pas pour cela abdiqué tous ses droits.

De l'ensemble des faits, il ressort pour nous la conviction que l'inculpé a agi sous l'empire d'une de ces impulsions maladives ; mais si la société peut lui demander compte de l'acte accompli par lui, sa responsabilité, selon nous, se trouve notablement restreinte, eu égard à la prédisposition native et aux autres causes atténuantes que nous avons cru devoir signaler dans notre rapport.

Quant à la question des hallucinations, ces sentinelles avancées de la folie, rien, d'après notre observation attentive, ne donne à supposer que P. . en ait jamais éprouvé les atteintes.

Dr Orillard,
Directeur de l'École de médecine de Poitiers.

Dr Solaville,
Médecin en chef de l'asile des aliénés.
Rapporteur.

Le jour où P. : ... dut comparaître en police correctionnelle, il était, depuis la veille où nous l'avions visité, dans un tel état d'excitation, que le tribunal, ne voulant passer outre aux débats, crut devoir renvoyer l'affaire à un mois.

Ramené dans la prison, il se livre à des actes de violence qui nécessitent l'emploi de la camisole de force pour le contenir ; et le lendemain, nous le retrouvons à l'Hôtel-Dieu, où il avait été transporté, contus et mutilé : le malheureux s'était déchiré la peau du scrotum dans une étendue de sept à huit centimètres. Pendant tout le temps qu'il passa à l'hôpital, il fut constamment agité. La nuit, il entendait des voix qui l'injuriaient ; des gens inconnus pénétraient dans sa chambre ; il voyait son père s'avançant vers lui, comme le spectre de Banquo. Il était en proie à des terreurs indicibles ; les détenus, au milieu desquels il avait vécu dans une familiarité qu'il supportait avec peine, avaient formé le complot de l'assassiner et leurs menaces le tenaient sans cesse en épouvante.

Cependant, lorsqu'il parut de nouveau devant ses juges, P... se montra relativement plus calme ; et ce fut sans bien se rendre compte de l'arrêt qui le frappait qu'il s'entendit condamner à deux années d'emprisonnement, malgré la chaleureuse plaidoirie et la parole convaincue de son habile défenseur, malgré la déposition formelle des médecins, unanimes à reconnaître son insanité d'esprit.

Mais cet homme était-il fou, au moment de l'acte commis sur la personne de la femme Robin ? Qui saurait le dire ? et serait-il téméraire d'avancer que le passé s'illumine souvent de la situation présente ?

Ce procès eut un certain retentissement dans la ville où P..... était connu de tout le monde. Pour les uns, la folie était flagrante ; pour les autres — et c'était le plus grand nombre — P..... n'était qu'un excentrique. Si j'avais été moins préoccupé moi-même de l'opinion publique, et si, repoussant toute suggestion étrangère, dégagé d'involontaires

préventions, je m'étais borné à l'observation directe de l'individu, je le confesse aujourd'hui sans embarras, j'eusse été plus absolu dans les conclusions de mon rapport et je n'aurais pas hésité à déclarer P. atteint et convaincu de *manie avec prédominance d'idées de persécution*, par conséquent affranchi de toute imputabilité et ne pouvant plus dès lors être considéré comme responsable d'actes accomplis sous l'empire de conceptions délirantes.

Quoiqu'il en soit, cet état mental contesté ne devait pas tarder à s'affirmer à tous les yeux ; l'aliénation allait apparaître triomphante et, en donnant raison à la science, prouver que la justice n'était pas toujours infaillible.

Le condamné, auquel on avait laissé une certaine liberté dans l'établissement, en profite pour frapper un malade inoffensif avec un mauvais couteau qui lui tombait sous la main. Renfermé, pour ce fait, dans une cellule affectée aux insoumis, il se fracture les deux os de l'avant-bras avec une brique arrachée du sol de sa chambre, et il était en train de se casser la jambe, armé d'un chenet, lorsqu'il fut arrêté dans cette dernière tentative.

Sur un certificat du médecin de la prison, le signalant comme aliéné dangereux, P. est transféré dans l'asile et confié à nos soins.

Poitiers, 10 août 1869.

Dr S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 28 *juin* 1870. — Présidence de M. Lasègue (suite et fin).

Discussion sur l'emploi des bromures dans le traitement des maladies nerveuses.

M. LE PRÉSIDENT. — La Société a décidé, dans la dernière séance, qu'elle s'occuperait de l'efficacité des bromures alcalins, et en particulier du bromure de potassium dans le traitement des névroses. M. Jules Falret a bien voulu se charger d'indiquer les principaux points sur lesquels peut porter la discussion, dans un travail dont il va nous donner communication.

M. J. FALRET. — (Voir au commencement de ce numéro.)

M. LE PRÉSIDENT. — La communication intéressante de M. J. Falret soulève, comme je vous le disais, plusieurs questions sur lesquelles j'appelle l'attention des membres de la Société et qu'il serait très-intéressant de voir résolues par nos discussions.

Et d'abord, dans l'étude des effets physiologiques du bromure de potassium, n'y a-t-il pas une distinction importante à faire, suivant la dose et la durée de l'administration du médicament?

Il me semble que, sous ce rapport, il faudrait diviser les malades en trois catégories :

1° Ceux qui prennent le bromure à haute dose et pendant peu de temps.

2° Ceux qui le prennent à faible dose, et pendant longtemps.

3° Ceux qui le prennent à haute dose, et pendant longtemps.

Quant à ces effets eux-mêmes, je suis frappé du peu d'attention que l'on semble accorder aujourd'hui, dans le monde médical, à l'action anesthésique exercée par le bromure sur

l'arrière-gorge et la portion supérieure des voies respiratoires. C'est pourtant là la propriété qui avait été signalée d'abord comme la plus importante, comme celle qui faisait la valeur spéciale de ce médicament. C'est sur elle que Huette se basait surtout pour le préconiser, et que Czermack s'appuyait pour faciliter l'emploi du laryngoscope, en détruisant ou atténuant considérablement les mouvements réflexes des organes avec lesquels cet instrument devrait être mis en contact. Actuellement on ne paraît plus s'occuper de cette propriété, et M. Jules Falret nous disait tout à l'heure que ceux de ses malades épileptiques qui ne prenaient pas de bromure de potassium, ne manifestaient guère plus de sensibilité de l'arrière-gorge que ceux qui étaient soumis à l'action de ce médicament.

J'ai été frappé de la fréquence attribuée par M. Falret et par plusieurs autres médecins, qui administrent le bromure dans de grands services hospitaliers, à l'éruption acnéique qui, paraît-il, se produit souvent pendant son emploi. Je suis porté à croire que cette éruption acnéique est beaucoup moins fréquente dans la clientèle civile, car je n'ai pas eu l'occasion de l'observer sur les malades de la ville auxquels j'ai ordonné cette médication; chez un certain nombre d'entre eux, j'ai seulement constaté une légère éruption prurigineuse. Par contre, je crois que le bromure de potassium détermine parfois une phlegmasie subaiguë de la muqueuse buccale, avec apparence scorbutique, état fongueux et sanguinolent des gencives.

Quant aux accidents cérébraux produits par le bromure de potassium, ils me paraissent présenter des caractères assez constants et assez tranchés pour qu'il soit facile de les reconnaître. Ces accidents consistent, en effet, en un état bien marqué d'hébétude et de paresse intellectuelle qui frappe les malades d'une sorte de stupeur et qui est surtout reconnaissable chez les personnes de la ville; elles se trouvent pour la plupart dans l'impossibilité de s'acquitter de leur profession ou de leurs autres devoirs, et d'exécuter les choses ordinaires de la vie. Tout naturellement ces symptômes sont moins manifestes dans la pratique des hôpitaux, où les malades ont un cercle d'occupations plus restreint, où par conséquent leur incapacité relative est moins accusée.

C'est particulièrement chez les enfants que cette obtusion intellectuelle est prompte à se produire et à fixer l'attention; chez eux elle frappe d'une manière rapide. Par contre il m'a

paru que les autres effets physiologiques se faisaient attendre chez les enfants plus longtemps que chez les adultes.

M. Legrand du Saulle. — M. J. Falret nous a parlé d'un malade soumis à l'emploi du bromure de potassium, et qui est mort d'une manière subite ; il s'est demandé à cette occasion quelle part l'accumulation du médicament dans le foie et le cerveau pouvait avoir dans cette mort. Je prierais M. Falret de nous donner quelques détails sur la manière dont ce malade a succombé et de nous dire notamment s'il a présenté des accidents convulsifs et cérébraux qui puissent être rapportés à l'épilepsie, ou si ce genre d'accidents a fait défaut.

M. J. Falret. — Le malade dont j'ai parlé a présenté, avant de succomber, des accès convulsifs et des accidents cérébraux de nature congestive. La mort peut donc s'expliquer très-bien, indépendamment du bromure, et je me suis bien gardé de l'attribuer à ce médicament. Je me suis simplement demandé si l'accumulation de celui-ci dans les viscères n'aurait pas eu une part quelconque dans la production de ces accidents cérébraux, et cela parce que l'analyse chimique en a décelé une proportion notable dans le cerveau et dans le foie.

M. Fournet. — M. Falret nous dit que l'on a trouvé du bromure de potassium accumulé dans le cerveau et dans le foie d'un malade mort subitement d'accidents cérébraux, et il se demande si la présence de ce sel dans le cerveau a été pour quelque chose dans la production de ces accidents. Il me semble qu'il y aurait un moyen d'approcher de la solution de cette question. Puisqu'il y avait accumulation du bromure dans le cerveau et dans le foie, les accidents causés par sa présence auraient dû être à la fois cérébraux et hépatiques; il y aurait donc lieu de se demander si le malade de M. Falret a présenté quelque dérangement dans les fonctions du foie, auquel cas l'action nuisible du médicament sur le cerveau serait beaucoup plus vraisemblable.

Il serait encore important de s'assurer si, dans le cas où le bromure de potassium a été administré sans succès, les malades n'étaient pas affectés, en outre de la névrose que l'on cherchait à combattre, de quelque diathèse préexistante et si ce n'aurait pas été à une condition de ce genre qu'aurait pu être attribué l'insuccès du médicament employé.

M. Pouzin. — J'ai été particulièrement frappé, dans la lecture de M. Falret, de la fréquence des éruptions acnéiques chez les épileptiques qui prennent du bromure de potassium,

et je voudrais savoir si l'on a observé un rapport ou une coïncidence entre l'apparition de cette éruption cutanée et l'amélioration de l'état des malades au point de vue de l'épilepsie.

Ce qui me fait insister sur cette question, c'est que je ne me rappelle avoir vu guérir que trois épileptiques et tous trois exerçaient la profession de raffineurs. Leur travail les obligeait à passer une partie de la journée auprès d'une chaudière ardente, presque sans aucun vêtement, et comme la plupart de ces ouvriers étalent sujets à des éruptions d'exzéma rubrum, c'est à cette circonstance que j'ai cru devoir attribuer, dans le temps, leur guérison, qui se maintint chez deux d'entre eux, tandis qu'elle ne fut que temporaire chez le troisième. C'est là ce qui me fait penser que l'éruption d'acné pourrait bien avoir une part importante dans l'action favorable du bromure.

A cette occasion, j'appellerai aussi l'attention de la Société sur l'état des urines des épileptiques après les accès, et dans les intervalles, comme pouvant fournir quelques indications pour le traitement. Par l'examen longtemps prolongé de l'urine d'un certain nombre d'épileptiques, je me suis assuré qu'elles étaient presque constamment alcalines après l'attaque, tandis qu'elles sont ordinairement acides à tous les autres moments.

M. Auguste Voisin. — J'aurais à répondre très-longuement à la communication de M. J. Falret, mais il me faudrait pour cela rassembler des documents qui me manquent en ce moment; je prierai donc la Société de vouloir bien me donner la parole dans sa prochaine séance.

Mais je veux, dès aujourd'hui, réfuter l'idée exagérée que me paraissent se faire de l'éruption acnéïque, M. Jules Falret, et surtout M. Pouzin.

Il est inexact de dire qu'il y ait un rapport entre l'apparition de l'acné et l'amélioration de l'épilepsie. Je possède des faits nombreux qui prouvent le contraire. Certains malades ont eu une ou plusieurs éruptions sans que leur épilepsie ait été modifiée en quoi que ce soit; d'autres n'ont jamais eu d'acné, ce qui ne les a pas empêché de guérir. Aujourd'hui même, j'ai vu un jeune homme qui est soumis au bromure depuis deux ou trois ans et qui en prend actuellement 10 ou 12 gr. par jour. Jamais il n'a eu le moindre accident du côté de la peau et néanmoins son état s'est progressivement amélioré de

la manière la plus remarquable, et actuellement il n'a eu ni accès ni vertige depuis plus de neuf mois.

M. J. Falret. — M. Voisin s'est exagéré ce que j'ai dit sur le rapport entre l'éruption acnéique et l'amélioration de l'épilepsie; je suis loin de dire que ce rapport soit constant et nécessaire; il m'a simplement paru fréquent, et c'est à ce titre seulement que j'en ai parlé. Je dois dire cependant que je ne me rappelle pas avoir observé de cas favorables sans éruption.

M. Morel.— J'ai entendu parler aujourd'hui de doses journalières de bromure de potassium qui me paraissent effrayantes; je ne sais si j'oserais jamais donner à un malade, d'une manière prolongée, 8, 10 et même 14 grammes de bromure par jour.

Pour moi, je n'ai jamais approché de semblables doses; je m'arrête en général à 3 ou 4 gr. par jour, en commençant par 50 centigr. Avec ces doses modestes, je ne suis pas sans avoir obtenu quelques succès, notamment chez un malade d'Elbeuf, dont les accès disparurent rapidement; je dois dire néanmoins que, dans ce cas, j'avais associé l'hydrothérapie au bromure, mélange qui sans doute est regrettable au point de vue de l'appréciation des effets thérapeutiques, mais qui, dans la pratique, s'impose presque forcément au médecin.

Quant aux éruptions causées par le bromure, celles que j'ai eu principalement occasion d'observer siégaient aux avant-bras et déterminaient un écoulement sanieux et rebelle; j'en ai vu aussi sur les épaules, mais exceptionnellement.

Ce n'est pas seulement dans le traitement de l'épilepsie que le bromure de potassium rend des services; je l'ai employé chez d'autres malades avec avantage, notamment chez ceux qui sont sujets à des pertes séminales; sous son influence, j'ai vu celles-ci diminuer de fréquence et s'arrêter complétement.

M. Legrand du Saulle. — Le bromure de potassium a littéralement escaladé le Capitole. Justifie-t-il sa grande vogue ? C'est ce que je vais examiner. Dans une question purement scientifique, la parole ne doit appartenir qu'aux faits. Aux enthousiasmes hâtifs, il faut opposer la froide expérimentation.

Notre honorable collègue, M. Jules Falret, l'a bien compris, et, pour ma part, je n'aurais presque rien à ajouter à son

argumentation si précise et si sage, si je ne tenais cependant à faire ressortir ça et là quelques points qu'il a développés avec un peu trop de brièveté.

Le bromure de potassium n'a point d'effets physiologiques fâcheux, lorsque ce sel est d'une irréprochable pureté chimique et que son emploi est attentivement surveillé par un médecin. J'ai des malades qui en prennent une certaine dose (de quatre à huit grammes, par exemple) tous les jours, et cela, depuis trois ou quatre ans, et dont la santé est bien loin d'être altérée. On a eu raison sans doute de signaler la céphalalgie frontale, l'enchifrènement, le larmoiement, l'excitation gastrique, l'abattement des forces, l'engourdissement des mouvements, l'acné, l'abolition partielle de la sensibilité générale, l'amortissement du sens génital, l'indifférence, l'apathie, la somnolence, l'obtusion intellectuelle, la stupeur, l'augmentation sensible de l'appétit, la constipation et surtout l'amaigrissement; mais ces effets ne se produisent que lorsque le médicament est d'une qualité douteuse, ou qu'il a été mal administré. Si l'on se place dans de bonnes conditions d'expérimentation, on ne tarde pas à reconnaître que le bromure de potassium peut devenir le pain quotidien du malade, et que loin de déterminer de l'amaigrissement, il favorise l'embonpoint.

Je n'ignore pas que M. le professeur Vulpian a vu survenir de graves accidents dans son service, à l'hôpital de la Pitié; mais comment a-t-il donné le bromure de potassium? il a débuté par la dose de deux grammes, et il a augmenté de deux grammes tous les cinq jours! Il a eu du bromisme. Pouvait-il donc en être autrement?

A Bicêtre, je débute par 1 gr. 50 cent. ou par 2 grammes, et, selon les cas, j'augmente de 50 centigrammes ou d'un gramme tous les quinze jours ou tous les mois. Je gravis lentement les degrés de l'échelle thérapeutique. Ma moyenne oscille entre 7 et 10 grammes, mais il me faut de trois à six mois pour y parvenir. Un seul de mes malades prend en ce moment 14 gr. 50 cent. par jour, mais il est en traitement depuis vingt-six mois. Il tombait plusieurs fois par jour et aujourd'hui il va très-bien. Toutefois je dois dire qu'il a sensiblement pâli.

Une seule fois, j'ai *volontairement* produit du bromisme. J'avais dans mon service un paralysé général dont la fureur maniaque était incoercible, dont l'insomnie était très-persistante et dont la vie me paraissait menacée à bref délai. Je voulus dominer

cette exaltation violente, et je prescrivis d'emblée 4 grammes de bromure de potassium. Les jours suivants j'augmentai d'un gramme tous les matins. Lorsque le malade arriva à neuf grammes, il était calme, ivre, hébété, stupide, titubant et somnolent. Je cessai aussitôt. L'action toxique du médicament disparut rapidement, et, chose remarquable, le malade ne s'est plus agité depuis. Or, ce fait s'est passé il y a huit ou neuf mois. Si je n'ai pas renouvelé cette tentative, peut-être un peu osée, c'est que j'ai trouvé dans l'emploi du chloral un calmant sérieux et exempt de tout danger. Avec quatre grammes de chloral on abat, en effet, l'excitation maniaque. Malheureusement, ce dernier médicament est à courte portée.

Je reviens à l'argumentation de M. Jules Falret. Notre honorable collègue n'obtient aucun effet thérapeutique, nous a-t-il dit tout à l'heure, à moins de trois ou de quatre grammes de bromure de potassium. Cette opinion est vraie et fausse à la fois. Elle est vraie, parce que M. Jules Falret n'a probablement expérimenté le médicament que sur des hommes; mais elle est fausse, s'il s'agit des femmes. J'ai certainement obtenu une action thérapeutique très-marquée chez des jeunes filles et des femmes avec des doses de sel bromique qui oscillaient entre deux et quatre grammes. En ce moment même, j'ai présente à l'esprit l'observation très-remarquable d'une dame de ma clientèle qui n'a jamais dépassé trois grammes depuis deux ans et demi qu'elle est en traitement. Et cependant, elle n'a ressenti aucun accident épileptique depuis deux ans. Mais si ses crises ont totalement disparu, je dois dire que le caractère de la malade est devenu plus difficile que jamais. Cette dame est sans cesse de mauvaise humeur; elle est irritable, querelleuse et emportée. Elle afflige ses parents, elle met en fuite ses domestiques et n'accueille pas toujours son médecin avec un sourire.

M. Jules Falret nous a dit qu'il supprimait les attaques dans un septième des cas; qu'il améliorait notablement trois septièmes de ses malades et qu'il n'arrivait qu'à un insuccès complet dans les trois autres septièmes. La statistique de notre honorable collègue me paraît exacte et absolument irréprochable.

En réunissant les faits que j'ai observés à Bicêtre et ceux que j'ai recueillis en ville, j'arrive à un total de 138 épileptiques qui ont été soumis par moi à la médication bromurée. Le dépouillement de mes notes me fournit les chiffres suivants :

guérisons très-probables (point d'accès depuis dix-huit mois, deux ans et deux ans et demi) 10; améliorations très-sérieuses (suspension de tout accident épileptique pendant six, douze et dix-huit mois) 19; améliorations (rémissions de un à six mois) 45; insuccès 64. Total 138. Je crois cependant devoir faire remarquer que j'ai fait rentrer dans la catégorie considérable des insuccès quelques cas d'amélioration légère ou relative et plusieurs cas récents sur lesquels je ne suis point du tout édifié encore. J'ajouterai enfin que la proportion des cas heureux est sensiblement plus forte dans ma clientèle privée qu'à Bicêtre, ce qui s'explique tout naturellement par les complications cérébrales que présentent, à leur entrée dans nos salles, la plupart des épileptiques. L'intelligence des maladies de la ville étant presque toujours saine, les conditions d'expérimentation sont nécessairement plus favorables.

En résumé, de tous les médicaments préconisés contre l'épilepsie, le bromure de potassium chimiquement pur est certainement le plus efficace. Dans les cas encore si nombreux d'insuccès, lorsque le sel bromique n'éloigne pas manifestement les attaques, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, le délire maniaque et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter.

Nous n'avons été, à Bicêtre, M. Jules Falret et moi, que les successeurs et les continuateurs de M. Auguste Voisin, dont l'expérience sur ce sujet est grande. La Société pourra remarquer que nous sommes tous les trois en concordance parfaite d'opinions, à part quelques points insignifiants de détail. Ce qui a été dit, du reste, dans la séance d'aujourd'hui, ne peut rien enlever à l'intérêt de la communication que nous promet M. Auguste Voisin et que nous avons tous le vif désir d'entendre.

Notre éminent président, M. le professeur Lasègue, a fait mettre à l'ordre du jour la question des bromures alcalins dans le traitement des névroses. Or, je dois dire que j'ai beaucoup administré le bromure de sodium dans ce que l'on a appelé l'état nerveux ou nervosisme et que j'en ai véritablement obtenu de bons effets.

J'ai également dirigé ce sel contre les accidents multiples et si protéiques de l'hystérie, contre la danse de Saint-Guy, les tics partiels et les migraines, et je l'ai même prescrit au début de l'hypochondrie et de la mélancolie. Je n'ai pas tou-

jours réussi, cela va de soi; mais je crois que le bromure de sodium est un médicament d'avenir, car il modère ou enraie la marche des phénomènes nerveux. Depuis six mois, je l'administre à Bicêtre aux épileptiques qui se sont montrés rebelles à l'action du bromure de potassium, mais je ne peux encore rien déclarer de positif sur ce point si grave. J'observe, je compare et j'attends.

J'ai fait appel également à l'action thérapeutique du bromure d'ammonium dans des cas de congestions cérébrales, de méningites chroniques, d'apoplexies anciennes avec imminences de rechute, de ramollissements aigus, chroniques ou séniles, et alors même que ces états pathologiques divers s'accompagnaient de troubles intellectuels profonds, je suis arrivé à des résultats relatifs très-satisfaisants. J'ai certainement prolongé la vie bien au delà du terme supposable, dans quelques cas très-graves; mais j'ai le plus souvent ranimé les forces corporelles, favorisé le retour de l'activité intellectuelle et rappelé un fonctionnement physiologique régulier, voisin de la normale et presque acceptable. Le bromure d'ammonium est très-actif. C'est un médicament sûr, d'un emploi facile et auquel je ne connais point d'inconvénients. Grâce à lui, j'ai pu décongestionner des paralysés généraux avec une rapidité telle, que je me suis demandé si je n'avais pas été la dupe d'une illusion. Je ne sais trop pourquoi, mais je me défiais du bromure d'ammonium et j'en avais un peu peur, malgré tout ce qu'en avaient dit Harley, Gibb et Brown-Séquard; eh bien, j'avoue que je m'en suis très-bien trouvé. Il y a là une question digne d'être étudiée à fond. Je pose seulement un jalon.

La vogue a ses dangers. Le bromure de potassium, dont l'action est si réelle dans le traitement des névroses convulsives, a entraîné depuis quelques années les observateurs au delà des limites de la sagesse. Comment ce même sel, qui doit à l'épilepsie toute sa réputation, va-t-il pouvoir combattre à la fois la scrofule, la syphilis, le rhumatisme articulaire, la goutte, l'asthme, la coqueluche, la phthisie pulmonaire, les névralgies, les angines, le croup, la cystite chronique, la spermatorrhée et l'uréthrite ? Il y a là, à mon sens, une regrettable exagération. Si l'on n'y prend pas garde et si l'on continue à étendre aussi abusivement les applications du bromure de potassium, les mécomptes thérapeutiques auront bientôt enfanté le doute, la défiance et le discrédit ! Lorsque la santé publique est en jeu, l'engouement est plus qu'une légèreté : c'est une faute.

Les caprices de la mode, si bien faits pour les futilités mondaines, n'ont rien à voir dans l'évolution lente, sérieuse et durable des conquêtes de la science.

M. Girard de Cailleux demande à faire part à la Société de ce qu'il a observé des effets physiologiques du bromure de potassium ; mais l'heure étant trop avancée, la parole lui est réservée pour la prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures.

Séance du 25 juillet 1870. — Présidence de M. Lasègue.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

M. Fournet écrit à la Société :

Monsieur le Président,

Notre collègue, M. Voisin, a annoncé une réponse à ma communication sur le rôle des cellules cérébrales dans les phénomènes de raison et de folie.

Obligé de m'absenter de Paris, je crains de ne pouvoir assister à la séance de demain, 25 juillet, et à la séance de fin août.

Notre honorable collègue voudrait-il bien réserver sa réponse pour la séance de rentrée? J'aurais alors le plaisir de l'entendre et la possibilité de présenter mes observations séance tenante.

S'il en devait être autrement, ce que je ne suppose pas, je prierais la Société de me réserver mon droit de réplique.

Veuillez, monsieur le Président, être l'interprète de mes sentiments tout confraternels près de mes collègues,

Et agréer vous-même mes meilleurs sentiments.

J. Fournet.

Paris, 24 juillet 1870.

M. Voisin. Je n'ai rien dit de semblable à l'opinion que me prête M. Fournet.

M. Bourdin adresse à la Société la lettre suivante :

Choisy-le-Roi (Seine), 25 juillet 1870.

Monsieur le Président,

Les occupations incessantes d'une clientèle de campagne

me rendent de plus en plus difficile la fréquentation régulière de nos séances. Je serais heureux que la Société voulut bien me donner quelques loisirs, en m'accordant le titre de *membre honoraire*.

J'appartiens à la phalange, assez peu nombreuse aujourd'hui, des fondateurs de la Société médico-psychologique (1847), et c'est le principal titre que je puisse invoquer en faveur de la distinction que je sollicite.

Veuillez, je vous prie, monsieur le Président, offrir mes hommages cordiaux à nos chers collègues, et vous-même agréer l'assurance de mon sincère dévouement.

BOURDIN.

M. le PRÉSIDENT, en exprimant les regrets de la Société de ne plus voir M. Bourdin prendre une part aussi active à ses travaux, met cette demande aux voix. La Société consultée décide à l'unanimité qu'il y a lieu de faire droit à la demande de M. Bourdin.

M. le Dr Rothe et M. le Dr Lubelski rappellent leur candidature au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Motet, chargé du rapport, le présentera dans l'une des plus prochaines séances.

La Société reçoit :

Le Bulletin de l'Association des médecins de la Sarthe.

Le rapport présenté par M. le Dr Collineau à la Société médico-pratique de Paris, sur la loi du 30 juin 1838.

Une brochure de M. Zani *sur l'efficacité hypnotique de l'hydrate de chloral dans diverses formes de maladies mentales.*

Un mémoire de M. Philippi Cardona *sur le manicome de Macerata.*

Un mémoire intitulé : *Observations cliniques sur le traitement des aliénations mentales*, suivies de l'exposé des résultats du traitement curatif et des expérimentations faites à l'établissement d'aliénés d'Aversa, par le Dr Carlo Girone.

M. LUNIER présente, au nom de M. le Dr Darnis, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Tarn-et-Garonne, un mémoire sur le goître et le crétinisme dans ce département.

Une commission, composée de MM. Brierre de Boismont, Loiseau et Lunier, rapporteur, est chargée de rendre compte de ce travail, et de faire valoir les titres de M. Darnis qui pose sa candidature de membre correspondant de la Société.

PRIX AUBANEL.

M. J. Falret. La question du prix Aubanel est restée sans solution. Je consulte la Société sur ce sujet. A quelle époque devront être remis les mémoires concourant pour le prix?

M. Maury. Je suis partisan des époques un peu éloignées. Il y a tout avantage à ce qu'on laisse le plus de temps possible aux candidats.

M. J. Falret. Je proposerai alors à la Société de décider que les mémoires devront être remis à M. le secrétaire général le 31 décembre 1871.

Cette proposition est adoptée.

M. Legrand du Saulle, trésorier, fait à la Société une communication au sujet de la question financière du prix.

M. J. Falret. Le prix n'a pas été décerné cette année. Convient-il de remettre au concours la question des aliénés dangereux?

M. Delasiauve. Il y a eu sur ce sujet une longue discussion dans la Société; il n'y a pas eu de solution, parce qu'en vérité il n'y en a pas. Je serais donc d'avis qu'on proposât une autre question.

M. Billod. M. Delasiauve vient de faire valoir une raison très-sérieuse. Je partage absolument son avis.

M. Lunier. Il est au moins étrange de mettre au concours une question qui a été si longtemps discutée dans le sein même de la Société. Je crois donc aussi qu'il serait plus sage de renoncer à ce sujet.

M. Maury. J'insisterai près de la Société sur l'importance qu'il y a de donner un sujet bien défini pour un concours. La question des aliénés dangereux n'avait pas ce caractère.

M. Foville. Il me semble que si l'on donnait des questions purement cliniques, il y aurait à cela un grand avantage; on aurait une série d'études intéressantes. Pourquoi ne pas remettre à l'étude la question du pouls chez les aliénés?

M. Lunier. Je proposerai la question suivante : *De la part d'influence et du mode d'action des boissons alcooliques dans la genèse des maladies mentales et nerveuses.*

Après une discussion sur la rédaction même de la question, la proposition de M. Lunier est adoptée.

DE L'EFFICACITÉ DES BROMURES DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

M. Aug. Voisin :

Messieurs,

En réponse à l'appel qui nous a été fait par MM. Lasègue et J. Falret, je viens vous exposer le résultat de ma pratique personnelle, sur l'efficacité des bromures dans le traitement de l'épilepsie.

Et d'abord, je remercierai mes collègues et amis, Legrand du Saulle et J. Falret, d'avoir bien voulu nous dire qu'ils avaient continué dans mon ancien service des épileptiques de Bicêtre le traitement par le bromure de potassium, tel que je l'avais institué, et qu'ils employaient ma méthode des doses lentement progressives, méthode qui évite les accidents de bromisme rapide que Vulpian a provoqués par une médication mal calculée. J'étudierai :

1° Les phénomènes physiologiques produits par l'usage interne du bromure de potassium ;

2° La surveillance de son action médicamenteuse ;

3° Les troubles cérébro-spinaux qu'il produit ;

4° Les accidents secondaires qui résultent de la cachexie bromique ;

5° Son action thérapeutique, chez l'adulte et chez l'enfant, suivant les formes diverses de l'épilepsie.

Je me garderai de répéter dans cet exposé ce que j'ai écrit dans mon mémoire de 1866 ; je me contenterai d'exposer les faits nouveaux que j'ai observés, de corroborer ceux qui pouvaient être douteux, et de vous dire les résultats thérapeutiques que j'ai constatés sur des malades que je soigne depuis 4 à 6 ans.

1° *Phénomènes physiologiques.*

a. Mucus buccal et nasal. Lorsqu'il survient du bromisme, il se produit en général de la salivation, le mucus buccal devient épais. Les lèvres se collent l'une à l'autre, et la langue est maintenue à la voûte palatine ; il se fait du coryza, et des croûtes jaunâtres obstruent les narines.

b. Sensibilité tactile et aux piqûres de la bouche, de l'arrière-gorge. Cette sensibilité ne présente aucune modification. J'ai observé un certain nombre de cas de bromisme dans lesquels je l'ai trouvée conservée, malgré le soin que j'avais pris, confor-

mément à la recommandation donnée par mon ami Laborde, de bander les yeux aux malades avant de leur montrer et d'introduire dans la bouche et l'arrière-gorge un corps quelconque. Jamais, sauf dans les cas où les malades étaient dans le coma ou le collapsus bromiques, je n'ai constaté de réponse négative ou dubitative sur la nature de la sensation produite.

c. Sensibilité réflexe de l'arrière-gorge. La sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, de la base de la langue, de l'épiglotte, est au contraire diminuée ou abolie dès que les doses approchent de 4 grammes.

A ce sujet, M. Falret nous a dit avoir observé des épileptiques chez lesquels il avait constaté, avant toute ingestion de bromure de potassium, l'absence de sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, et il s'est demandé si cette insensibilité n'existait pas quelquefois chez l'épileptique, en dehors de toute influence médicamenteuse.

Je répondrai à cela que, parmi les 220 épileptiques dont j'ai étudié cette sensibilité réflexe, avant tout traitement, deux seulement l'avaient faible, et deux nulle.

Je crois que si M. Falret trouve une plus forte proportion, il devra se méfier de faire des observations sur des épileptiques ayant pris antérieurement du bromure de potassium. Aujourd'hui la vogue de ce médicament est devenue tellement grande qu'il est peu de ces malades qui n'en aient pas encore pris; et il se pourrait qu'à l'exemple de ce qui se passe pour l'impuissance, qui persiste longtemps après la cessation du traitement bromuré, l'insensibilité réflexe persistât, alors que l'épileptique a cessé le médicament.

L'insensibilité réflexe de l'arrière-gorge est un fait physiologique rare, que j'ai pourtant observé chez des individus non épileptiques dont j'ai examiné le larynx au laryngoscope.

d. L'estomac supporte en général très-bien le médicament, surtout lorsqu'il est administré au commencement des repas.

e. Intestin. De la diarrhée avec coliques se produit parfois pendant l'administration du bromure de potassium, mais elle cède facilement à la diminution ou la suspension passagère du médicament, et à l'administration de tisane albumineuse et de laudanum.

f. Appareil génital. Ainsi que chacun l'a observé, la dépression de la fonction génitale m'a paru à peu près constante, quoique j'aie observé chez plusieurs malades de l'irritation génitale, avec pollutions nocturnes fréquentes.

Tout récemment encore, j'ai appris qu'une dame de 62 ans, qui prend 3 grammes de bromure par jour pour des attaques épileptiformes symptomatiques d'un ramollissement cérébral embolique, présentait une vive excitation génésique qui a résisté à deux atteintes de bromisme.

La spermatorrhée n'est pas non plus constamment guérie par le bromure de potassium, comme il nous a été dit dans la dernière séance ; j'examinais encore hier un dépôt urinaire que m'a envoyé un individu qui prend depuis 5 ans du bromure de potassium, et j'y trouvais des spermatozoïdes en grande quantité.

g. Appareil respiratoire. J'ai observé assez fréquemment chez des femmes, des enfants et des adolescents, qui prenaient de 4 à 6 grammes de bromure, une toux sèche, quinteuse, avec inspiration difficile, suivie de vomissements muqueux ou alimentaires, et survenant par accès de 2 à 3 heures, surtout le soir ou pendant le repos au lit. Par sa forme, cette toux se rapproche tout à fait de celle de la coqueluche. Je l'ai vue durer des mois entiers, mais, au contraire, cesser rapidement lorsque le traitement est suspendu.

h. Système nerveux. Le *caractère* des malades soumis au traitement bromuré devient quelquefois insupportable, acariâtre violent, surtout lorsque les phénomènes épileptiques sont supprimés ; mais j'ai remarqué que ces troubles du caractère arrivaient à diminuer et même à disparaître lorsque la maladie était définitivement dominée.

Si l'on veut se rendre compte de cet état du malade, je crois volontiers qu'il faut considérer ces troubles du caractère comme un des modes symptomatiques du mal épileptique, qui ressort davantage, ou bien s'accentue lorsque l'état convulsif a cessé.

Quant à la *sensibilité cutanée*, je n'ai pas grand'chose à ajouter à ce que je disais dans mon mémoire de 1866, à savoir que la sensibilité aux piqûres, au toucher, la sensation de la température n'ont offert aucune modification.

On peut, je l'admets volontiers, observer de la diminution du tact et de la sensation de douleur chez des individus qui, sous l'influence de hautes doses de bromure, sont tombés dans un état de bromisme caractérisé par du collapsus, et une profonde somnolence ; mais il ne faut pas dire alors que le médicament a agi sur la sensibilité périphérique, mais bien qu'il a amené une diminution dans la faculté de réceptivité

du cerveau aux impressions extérieures ; la cause de l'anesthésie est alors centrale et non pas périphérique, comme l'ont dit Martin-Damourette et Pelvet.

Ces deux auteurs ont ajouté que le bromure de potassium diminuait toute espèce de sensibilité, mais Laborde a fait des expériences, d'où il résulte que c'est particulièrement dans sa participation aux actes réflexes que la sensibilité générale se trouve frappée par le bromure de potassium.

Quant à moi, j'ai étudié de toutes les façons, avec tous les moyens possibles, la sensibilité de la peau ; j'ai employé le compas de Weber, l'instrument de Liégeois ; j'ai bandé les yeux des malades avant de pratiquer l'exploration, et même, lorsque des individus prenaient 8 à 10 grammes de bromure de potassium depuis plusieurs mois, je n'ai pas observé la moindre anesthésie.

Il n'en est pas de même de la sensibilité réflexe que j'ai toujours trouvée diminuée ou abolie. Ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai toujours étudié cette sensibilité à la base de la langue, au voile du palais, à l'épiglotte, et n'ai observé que deux cas où elle résista à des doses élevées de bromure de potassium.

Laborde a fait à ce sujet des recherches intéressantes ; il est parvenu à supprimer le chatouillement produit par les barbes d'une plume dans le nez, les effets du chatouillement des pieds et à provoquer la déviation du bol alimentaire dans son passage au larynx.

Laborde a eu le mérite de faire toutes ses expériences sur l'homme, et il a donné ainsi à l'opinion que je suis heureux de soutenir avec lui l'autorité qui manque aux observations pratiquées sur des animaux.

Lorsque je vous parlerai des accidents qui surviennent chez les malades soumis à ce médicament, je vous signalerai des troubles musculaires dont l'origine est essentiellement d'ordre réflexe.

i. Peau. Quatre éruptions diverses peuvent se montrer sur la peau des individus qui prennent du bromure de potassium.

1° En premier lieu, une éruption partielle d'acné, que l'on peut comparer à l'acné simple et à l'acné induréo. Elle se produit en général peu de temps après le début du traitement, lorsque les doses du médicament sont de 3 à 4 grammes.

L'éruption est précédée de démangeaisons assez incommodes, et se produit surtout sur la poitrine et la face ; dans le premier

cas, elle se montre plus spécialement sur les épaules, et dans le second sur le front, le nez et les ailes du nez.

La forme des boutons est celle de l'acné simple et de l'acné indurée ; c'est ainsi qu'on voit apparaître de petites pustules d'un rouge violacé ayant à peine le volume d'une tête d'épingle, entourées d'une auréole rouge et dont le sommet présente rapidement une teinte blanche jaunâtre. La pustule est très-dure à sa base et reste dans le même état pendant un certain nombre de jours, un mois parfois ; puis la pustule se vide de son contenu et laisse à sa place un noyau ferme et une teinte rouge intense qui persistent très-longtemps et sont accompagnées d'une légère tuméfaction.

Les pustules apparaissent en quantités très-variables ; mais leur nombre s'accroît surtout lorsque les doses du médicament sont augmentées brusquement. On ne peut pas dire qu'il soit en raison directe des doses de médicament, rien n'est moins régulier à cet égard. Certains états de la peau paraissent favoriser la multiplicité de ces boutons ; par exemple, lorsque les orifices folliculaires sont larges, lorsque la peau est épaisse et liquéfiée par une sécrétion grasse. Les individus lymphatiques et sanguins y sont plus spécialement prédisposés.

Cette éruption est aussi plus abondante dans la jeunesse et l'âge adulte.

Le nombre des pustules est alors quelquefois si considérable que la face en est toute couverte et notablement défigurée.

Les saisons chaude et froide n'ont aucune influence sur leur production.

La durée de ces pustules est très-variable, de huit jours au moins à un mois et même plus. Du reste, cette durée est complétement en rapport avec la persistance des fortes doses de bromure de potassium ; c'est ainsi qu'un malade qui présente une forte éruption acnéiforme avec des doses de 5 grammes et au-dessus voit diminuer le nombre des pustules lorsqu'il ne prend plus que 3 grammes et moins encore.

Les pustules laissent le plus souvent à leur suite une tache d'un rouge plus ou moins vif, sous laquelle persiste un noyau induré.

2° La seconde éruption n'a son analogue dans aucune des affections connues de la peau.

Elle consiste dans l'existence aux membres inférieurs, rarement ailleurs, de plaques, de forme allongée ou assez exactement arrondies, de plusieurs centimètres de diamètre, à bords

mamelonnés, d'une teinte rosée ou rouge-cerise générale, mais jaunâtre en quelques points, comme si du jus était infiltré sous l'épiderme.

Le siége de prédilection est le mollet, même lorsque l'éruption récidive. — Chez deux de mes malades, qui en ont été atteints trois et quatre fois, les plaques se sont toujours montrées aux mollets.

Le centre des plaques est quelquefois mamelonné comme les bords; ces mamelons sont formés par des pustules acnéiformes qui se sont groupées pour former des tumeurs; ils peuvent faire à la surface de la peau une saillie de 3 à 4 millimètres, et ont une base très-dure; ces mamelons restent quelques jours arrondis, puis ils s'affaissent en partie lorsque leurs sommets laissent suinter une sérosité puriforme. On voit alors au centre de chaque mamelon une dépression ombiliquée par laquelle suinte un liquide crémeux qui, en se séchant, forme des croûtes jaunâtres épaisses.

Ces mamelons sont très-douloureux au moindre toucher et la marche en est rendue quelquefois impossible. Il est à noter que le centre déprimé des mamelons est le siége d'une insensibilité absolue au tact et à la douleur.

Ces mamelons sont entourés d'une auréole rougeâtre et d'un peu d'œdème.

Ils s'affaissent lorsque le liquide qu'ils renferment s'en est échappé; mais cet affaissement est très-lent et le suintement, qui peut durer un an, donne facilement naissance à des croûtes épaisses très-tenaces.

Ces plaques présentent quelquefois une persistance inouïe, parce qu'elles sont entretenues par des éruptions successives de nouveaux groupes de pustules et de nouveaux mamelons.

J'ai vu deux malades chez qui les tumeurs des jambes avaient été remplacées par des ulcères atoniques dont le fond rosé présentait un peu l'apparence de végétations et exhalait une odeur fétide. La pression sur ces ulcères déterminait une douleur analogue à celle de coupures légères des doigts.

Ces ulcères se sont plus tard recouverts de croûtes épaisses, d'une couleur jaunâtre sale et d'une odeur fétide.

Chez un de ces malades, la durée de ces ulcères a été de trois mois, et chez le second de sept mois.

Je n'ai jamais observé de tuméfaction ganglionnaire concomitante, ni de fièvre.

Lorsque ces tumeurs et ces ulcères guérissent, ils laissent

à leur suite des traces indélébiles, consistant en taches jaunâtres couvertes de squames ; pendant les premiers temps, on sent dans le tissu cellulaire sous-cutané des noyaux au niveau desquels les malades accusent des démangeaisons, et même des douleurs, des crampes.

Le diagnostic de ces tumeurs a embarrassé plus d'un médecin à qui mes malades avaient été demander conseil, et j'ai vu plus d'un confrère qui n'a voulu croire que c'était là une éruption bromurée que lorsqu'elle a disparu en quelques jours, sous l'influence de la suspension du médicament.

Il suffit, en effet, de quatre à six jours de non administration du bromure de potassium pour que l'éruption disparaisse.

En outre de ce diagnostic, que l'on pourrait appeler négatif, on peut reconnaître la nature de ces tumeurs par l'existence simultanée de pustules d'acné sur d'autres parties du membre et du corps, par l'aspect des mamelons qui sont évidemment formés par la réunion de plusieurs pustules d'acné groupées dans un petit espace, par l'apparence ombiliquée et l'insensibilité du centre des mamelons, par le suintement séro-purulent qui s'y fait et enfin par la connaissance de la médication bromurée.

Le développement complet de ces tumeurs se fait ordinairement d'une façon rapide, en quelques jours.

3° Le troisième genre d'éruption que j'ai observé est plus rare que les autres ; il consiste dans des plaques rouges légèrement saillantes à la surface de la peau, qui sont comparables tantôt à des plaques d'urticaire, tantôt à de l'érythème noueux.

4° Plusieurs de mes malades ont été aussi atteints d'eczéma secrétant des jambes et de pityriasis très-étendu du cuir chevelu. Cette variété d'eczéma ne cède que lorsque les doses du médicament sont éloignées ou supprimées.

Messieurs, ces éruptions diverses n'exercent aucune influence favorable sur l'épilepsie, toutes mes observations en font foi ; aussi je n'ai pu m'empêcher de répondre dans la dernière séance avec vivacité à mon ami J. Falret, lorsqu'il nous a dit qu'il se demandait si l'action heureuse du bromure de potassium ne dépendait pas de l'éruption que ce médicament détermine à la peau.

Une semblable hypothèse déjà avancée par Russell Reynolds fait table rase et ne tient aucun compte des données physiologiques certaines que l'on possède sur la pathogénie de l'épilepsie, et des recherches de physiologie thérapeutique de

Martin-Damourette, Pelvet, Laborde, Cl. Bernard, etc., pour édifier une théorie humorale qui, au point de vue de l'épilepsie, ne pourrait être vraie que si on l'appliquait à l'élimination d'un virus, d'un agent toxique.

Ne voulant pas laisser subsister dans votre esprit le moindre doute sur le peu de fondement de l'hypothèse de notre collègue, je m'appuierai sur 41 observations, ayant six ans de date, de malades qui ont été soumis au traitement par le bromure de potassium.

Parmi ces 41 épileptiques, 30 ont eu de l'acné, 11 n'en ont jamais eu.

Parmi les 30, 13 peuvent être considérés comme guéris, 7 sont améliorés, 10 ne présentent aucune amélioration.

Parmi les 11, 6 peuvent être considérés comme guéris, 3 comme améliorés; 2 ne présentent aucune amélioration.

Ainsi l'éruption cutanée n'a eu aucune influence; ceux qui n'en ont pas eu ont guéri un peu plus que ceux qui en ont eu. Le nombre des guérisons a été à peu près égal dans les deux cas, c'est-à-dire la moitié.

2° *Surveillance de l'action médicamenteuse du bromure de potassium.*

Le bromure de potassium est un médicament dont il faut continuellement *surveiller de près* les effets physiologiques, si l'on veut *améliorer ou guérir l'épilepsie, et, d'autre part, éviter les accidents du bromisme.*

Dans le premier cas, il est nécessaire d'étudier sans relâche l'état des actes réflexes qui appartiennent au bulbe et à la moëlle.

Je me suis jusqu'à présent très-bien trouvé d'explorer entre autres l'état de la nausée, du larmoiement et de la toux que l'on détermine en introduisant une cuillère à la base de la langue jusqu'à l'épiglotte; celui de l'éternuement et du larmoiement produits par la titillation des narines et des fosses nasales avec les barbes d'une plume.

J'ai pu ainsi me rendre compte de l'action que le médicament exerce sur le bulbe, et connaître la dose qu'il faut atteindre chez tel et tel individu, pour être en droit de dire que l'on a fait tout ce qu'il faut contre sa maladie.

Ces indices de dose thérapeutique m'ont paru précieux, eu égard à l'ignorance dans laquelle on est des doses réellement thérapeutiques de la plupart des médicaments; aussi j'ai été

heureux de voir que M. Cl. Bernard avait, dans ses leçons au collége de France (1869), entièrement approuvé ma manière de faire. Ce critérium d'action thérapeutique vient aussi d'être admis par Besson, élève de Sée.

Voici un résumé de 40 observations de malades que je traite depuis cinq ans, d'après ces principes :

Le bromure de potassium à supprimé la nausée réflexe chez 37.

Sur ce nombre, 17 ont guéri ou sont améliorés.

Sont en voie de guérison, 18.

2 ne le sont pas.

Le médicament a laissé la nausée réflexe intacte chez 3.

Sur ce nombre, 1 est amélioré.

2 sont restés dans le même état.

Ainsi la suppression de la nausée réflexe est un signe favorable ; j'ai observé depuis 4 ans un nombre assez important de cas, desquels je puis tirer la même conclusion.

Dans le second cas, il est bon d'être prévenu que le bromisme survient de deux façons : ou lentement, en un certain nombre de jours ; ou rapidement, par surprise, en quelques heures, sans aucun signe avant-coureur.

L'intoxication lente s'annonce par un teint blanc mat de la peau et surtout de la peau de la face, par de l'hébétude, de la stupeur, de la sécheresse de la bouche, dont le mucus devient collant ; par de la diarrhée, un grand amaigrissement ; par de l'incertitude dans la marche, de la titubation ; par un sommeil profond, une sorte de coma ; par de la difficulté de parler et de trouver les mots, par du catarrhe bronchique, qui peut devenir suffocant.

Le bromisme se produit avec une étonnante facilité chez les malades impotents, infirmes, alités ; chez ceux qui prennent peu d'exercice. Il m'a paru que la non-tolérance tenait principalement à l'absence ou à la faiblesse de la perspiration cutanée et de l'élimination du médicament par les sécrétions ; le bromure s'emmagasine, pour me servir de l'expression de M. Legrand du Saulle, et produit l'intoxication bromique.

3° *Accidents cérébro-spinaux produits par le bromure de potassium.*

Les plus importants que j'aie observés sont de la torpeur, de la stupeur, une sorte d'ivresse, un délire général accompagné

d'hallucinations, d'idées de persécution, de violences et de l'ataxie des membres.

Les trois premiers accidents se reconnaissent facilement ; je les ai décrits dans mon premier mémoire, ainsi qu'une certaine aphasie par amnésie.

J'ai eu l'occasion d'étudier les autres phénomènes chez un monsieur, en particulier, qui m'avait été adressé par un confrère de province, comme étant atteint de folie simple.

Je trouvai à ma première visite ce malade dans une chambre d'hôtel, en proie à une agitation furieuse, criant à l'assassin, appelant le commissaire de police. Il avait des hallucinations terrifiantes de l'ouïe, entendait la voix d'un homme qui lui parlait par un trou de mur, sentait de la pluie l'inonder, voyait des cordes que l'on tendait auprès de son lit, ne reconnaissait plus les siens, se désespérait et avait cherché à se suicider. Dans un moment d'exaltation, il venait de jeter des meubles par la fenêtre.

Ce malade était traité pour l'épilepsie depuis plusiours mois. Le bromure de potassium avait été porté depuis quelques mois aux doses de 6 à 8 grammes. Dix jours avant le développement de ces accidents, il était survenu de l'abattement; le caractère était devenu très-méchant et il avait perdu peu à peu la conscience de son état.

Deux heures après l'état d'exaltation que je viens de décrire, je trouvais ce malade abattu, ayant l'œil terne, les mouvements lents, la marche difficile, un peu titubante, les mains très-tremblantes, lorsqu'elles étaient détachées du corps; le lancement des pieds, le port en avant des doigts se faisaient en zigzag, au lieu d'être précis et droit; la langue était *tremblante* ainsi que les lèvres et les sillons naso-labiaux lorsque le malade ouvrait la bouche et tirait la langue; la parole était gênée, bredouillée. — La sensibilité au tact et à la douleur était intacte, mais la nausée et le larmoiement produits par le contact d'un corps étranger sur l'épiglotte étaient absents; il en était de même du larmoiement, de l'éternuement que l'on détermine en titillant le nez avec les barbes d'une plume.

L'apyrexie était complète. Pouls à 68. — La mémoire était absente ainsi que tout sentiment d'affection et de famille. — Le caractère était très-ombrageux. — Il avait encore des hallucinations, entendait que l'on complotait contre lui, se refusait à rien manger, à rien boire, parce qu'il croyait qu'on voulait l'empoisonner ; etc.

Le médecin dans la maison duquel je le fis placer et deux internes distingués de nos hôpitaux pensèrent que ce malade était atteint de paralysie générale, et refusèrent d'admettre tout d'abord le diagnostic que je portais : à savoir que nous avions à faire à une variété de bromisme et que dans 10 jours ce monsieur serait guéri.

Mon diagnostic se fondait sur les antécédents du malade, la marche rapide des phénomènes, sur la prédominance de l'état d'abattement, sur les caractères du regard, sur la démarche titubante, l'apparence de l'ivresse, l'absence de l'inégalité pupillaire.

Le traitement fut fait en conséquence : bains de vapeur sèche, lavements fréquents d'eau simple, un purgatif, alimentation tonique, café noir, eau rougie comme tisane.

Sept jours après, les hallucinations, le délire, l'amnésie, l'abattement, la titubation, l'ataxie avaient complétement disparu, et treize jours après être arrivé à Paris, ce malade retournait dans sa province.

4° *Accidents secondaires dépendant de la cachexie bromique.*

A coté des accidents que l'on a désignés sous le nom de bromisme, il est nécessaire de réserver une place importante à ce que j'appellerai la cachexie bromique.

Cet état morbide, qui se caractérise par une décoloration considérable de la peau et des muqueuses, des bruits de souffle vasculaires, de la langueur dans les mouvements et dans le regard, un état de débilitation générale, de l'amaigrissement, doit être pour le médecin l'objet d'une sérieuse attention et d'une incessante observation. — Il est facile d'y remédier, lorsqu'on le reconnaît à temps; mais j'ai vu des malades qui, ayant cessé de venir prendre mes soins, avaient continué à prendre du bromure de potassium à haute dose, suivant des ordonnances que je leur avais antérieurement données, et avaient été atteints, consécutivement à de la cachexie bromique, d'affections de la plus grande gravité et rapidement mortelles.

C'est ainsi que j'ai observé un anthrax gangréneux de la nuque, un érysipèle ambulant, une pneumonie, une entérocolite cholériforme, qui tous ont présenté le caractère dit typhoïde; adynamique et ont été suivis de mort.

L'état adynamique a été le trait commun de ces affections

différentes. Les parents de tous ces malades, ainsi que ceux qui les approchaient, m'ont dit qu'ils avaient pâli depuis quelque temps, qu'ils avaient maigri, qu'ils ne mangeaient plus régulièrement, qu'ils étaient toujours somnolents et que leur regard était éteint.

Quant à l'explication à donner à ces faits, je pense que la cachexie et l'adynamie bromiques avaient mis ces individus dans des conditions défavorables pour supporter une maladie quelconque, pour en faire les frais; j'ai observé, en effet, qu'aucune réaction ne s'est faite chez eux pendant le cours de la maladie, et que les signes pronostics les plus graves se sont déclarés dès le début.

Je crois devoir conclure de ces accidents redoutables que tout malade qui prend du bromure de potassium à des doses dépassant 5 grammes par jour, doit être examiné et observé par un médecin tous les quinze jours au moins, et je considère comme dangereuse l'habitude qu'ont les pharmaciens de délivrer du bromure de potassium sur le vu d'ordonnances médicales qui ont déjà servi. — Cette pratique des pharmaciens résulte, du reste, il faut le reconnaître, de la conduite du malade qui, voyant son médecin lui ordonner un même médicament pendant des mois, des années entières, se persuade qu'il peut se priver d'aller le consulter et se pourvoir seul du médicament. Mais il est du devoir des pharmaciens de ne pas se prêter à cette tendance. Aussi, je crois bon de signaler les dangers qui en résultent et qui, dans un cas, auraient amené, sans mon intervention, une demande en dommages-intérêts contre un pharmacien.

5° *Action thérapeutique du bromure de potassium.*

Les succès que m'a donnés ce médicament dans ces quatre dernières années dépassent ceux que j'avais annoncés dans mon mémoire de 1866.

Ainsi, voici une série de 41 malades que je soigne depuis six ans; sur ce nombre 17 ont cessé, depuis cinq ans, d'avoir des attaques; 20 sont en voie d'amélioration, 4 sont restés dans le même état.

La proportion des malades en voie de guérison, qui, dans mon mémoire de 1866, était de 4 sur 24, c'est-à-dire d'un sixième, est de 17 sur 41, c'est-à-dire de près de la moitié. Je dis *en voie de guérison*, parce que, à mon avis, un épi-

leptique doit être traité pendant dix ans et plus même, avant que l'on puisse dire qu'il est guéri ; le bromure de potassium doit devenir pour lui *un aliment*.

J'avais écrit à tort dans mon mémoire de 1866 que le bromure de potassium me paraissait complétement inutile dans l'épilepsie liée à des lésions cérébrales congéniales, à l'imbécillité, à l'idiotie, et qu'il était seulement utile dans les cas où l'épilepsie est idiopathique et est une pure névrose. — Je m'étais trompé ; ce médicament a entre mes mains supprimé les attaques, les vertiges, les préludes chez des malades dont l'affection était consécutive à des lésions cérébrales, était venue compliquer le crétinisme et l'idiotie congéniale, même lorsqu'elle était produite par des déformations du crâne ; il a fait disparaître définitivement les attaques épileptiformes symptomatiques d'un ramollissement cérébral.

Aussi, en présence de ces résultats, j'en suis arrivé à ne plus porter de pronostic sur la curabilité d'un épileptique avant de l'avoir traité pendant quelques mois par le bromure de potassium ; les surprises que j'ai éprouvées maintes fois me permettent d'exprimer cette opinion ; pourtant, je puis ordinairement bien augurer du traitement, lorsque cette thérapeutique détermine de l'hypnotisme, supprime rapidement la nausée, le larmoiement et la toux réflexe que l'on provoque avec la cuiller introduite dans l'arrière-gorge, diminue ou supprime toute excitation génitale, amène de l'accablement, de la lourdeur des membres.

La durée de la maladie, le nombre des attaques antérieures (même dépassant 500), l'obtusion, la démence de l'épileptique ne sont même pas des obstacles insurmontables à l'amélioration du mal comitial.

Les phénomènes morbides qui résistent le plus au bromure de potassium sont les absences et les vertiges.

L'*épilepsie de l'enfance* me paraît jusqu'ici offrir plus de résistance à l'action du bromure de potassium que celle de l'adulte.

On voit des enfants de 8 à 15 ans supporter avec une étonnante facilité, et sans présenter de fatigue, de lassitude, d'hypnotisme, de lenteur de mémoire, d'obscurcissement d'intelligence, d'inappétence, de diarrhée, etc., des doses de 8 à 12 grammes.

J'ai remarqué en même temps que j'obtenais très-difficilement chez eux l'atténuation et la suppression des phénomènes réflexes.

Tous ces phénomènes négatifs prouvent évidemment une grande résistance à l'influence du médicament, et m'ont paru s'expliquer par la rapidité de fonctionnement des organes sécréteurs et excréteurs, et la prompte élimination du sel bromuré qui n'aurait pas le temps d'imprégner suffisamment les centres nerveux.

M. Legrand du Saulle. — Le bromure de potassium n'occasionne des accidents que dans deux cas : lorsque le médicament est impur et lorsqu'il est mal administré. Or, les pharmaciens sont loin de posséder un sel toujours irréprochable et les médecins ignorent trop fréquemment la marche progressive et lente du dosage thérapeutique. Il y a là deux véritables *desiderata*.

Ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, le bromure de potassium doit être le pain quotidien de l'épileptique. Toutefois, l'absence de tout contrôle médical constitue un réel danger. J'ai eu, comme M. A. Voisin, le regret de constater en ville des abus, des mécomptes ou des accidents. Aussi, lorsque je délivre maintenant une ordonnance à un malade en traitement, ai-je le soin, au bas de ma prescription, d'ajouter et de souligner ces mots : *valable jusqu'à telle époque seulement*. Si, passé ce délai, le pharmacien donne du bromure au client, sans ordonnance nouvelle, je décline toute responsabilité.

Chez les enfants, j'associe volontiers la belladone au bromure de potassium. J'ai obtenu plusieurs fois des résultats très-sérieux.

En dernière analyse, les chiffres avancés par M. Jules Falret, par M. A. Voisin et par moi, ont pu donner à la Société une juste idée de l'état de la question. Oui, le bromure de potassium détermine, en matière d'épilepsie, des effets de l'ordre le plus inattendu ; mais une sage lenteur, un contrôle vigilant et une persévérance opiniâtre sont les conditions fondamentales du succès. Si, sur ce point, Bicêtre fait école aujourd'hui, et si ses opinions se propagent et sont mises en pratique, ne peut-on pas espérer qu'un grand service aura été rendu à une classe très-nombreuse de deshérités?

La Société décide que les séances seront suspendues pendant les vacances du mois d'août et de septembre, pour être reprises le dernier lundi d'octobre.

La séance est levée à six heures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Année 1869, *suite*.)

Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normale et pathologique.

(6e année.)

1° *De la structure intime du cylindre de l'axe et des cellules nerveuses*; par M. Grandry, de Liége (n° 3).

Voici les conclusions que l'auteur a tirées de ses recherches :

1° Le nitrate d'argent a une action spéciale sur certaines parties du cylindre de l'axe, et n'attaque pas, ou que faiblement, certaines autres ;

2° Le cylindre de l'axe est composé de deux substances, différant par leurs propriétés physiques et chimiques ;

3° Ces deux substances ne sont pas mélangées, mais complétement isolées, et présentent une disposition régulière l'une par rapport à l'autre ;

4° Le cylindre de l'axe est probablement formé de disques superposés et séparés les uns des autres par une substance qui n'a pas les mêmes propriétés que les disques eux-mêmes ;

5° Il existe dans le corps de la cellule deux substances différant par leurs propriétés ;

6° Ces deux substances paraissent chimiquement isolées ;

7° Il y a peut-être une disposition en disques comme dans le cylindre de l'axe ; mais le seul fait à l'appui, c'est l'existence, dans certains cas, d'un plan coloré, coupant entièrement la cellule ;

8° Le cylindre de l'axe et les cellules nerveuses offrent les mêmes caractères, quand on les soumet à l'action du nitrate d'argent, dans certaines conditions.

Archives de Médecine navale.

T. XI.

1° *Contributions à l'anthropologie de l'Inde ;* par M. le Dr Roubaud (nos 1 à 4).

2° *Statistique médicale relative aux États-Unis* (extrait de la statistique officielle de 1860) ; par le Dr Vauvray (n° 6).

Nous trouvons dans ce travail les documents suivants :

En prenant le chiffre 1000 comme représentant le nombre des décès déterminés chez les blancs par chaque espèce de maladie, ce nombre, chez les noirs, se trouve représenté par les nombres suivants :

Tétanos	4906
Affections du système nerveux	718
Céphalite (?)	619
Convulsions	564
Apoplexie	547

A part le tétanos, les maladies du système nerveux sont donc notablement plus communes chez les blancs que chez les noirs.

Les mulâtres ont un chiffre relatif de mortalité intermédiaire à celui des deux races.

3° *Les îles Moluques ; maladies mentales qu'on y observe ;* par M. le Dr Van Leent (nos 9 de 1869 et 1 et 3 de 1870).

Les cas d'aliénation mentale sont extrêmement rares dans les îles Moluques ; dans celle d'Amboine, la plus importante de toutes, on ne comptait en 1868, que 2 aliénés sur 32,200 habitants.

La proportion paraît être plus faible encore dans les autres îles du groupe, notamment dans celles de Banda et de Ternate.

Les habitants de toutes ces îles appartiennent à la race malaise.

4° *Maladies du système nerveux observées à Saint-Pierre-de-Martinique*, de 1837 à 1856 ; par M. le Dr Rufz de Lavison (nos 10 et 11).

L'*apoplexie* ou hémorrhagie cérébrale n'est pas fréquente à Saint-Pierre.

La *paralysie générale* y est rare, même dans l'aliénation mentale.

Les *vertiges* ou *étourdissements* y sont au contraire très-fréquents. Les personnes qui en sont atteintes se plaignent d'un tournoiement de tête qui les oblige à chercher l'appui des corps voisins pour ne pas se laisser choir; il y a en même temps trouble de la vue, quelquefois des bourdonnements d'oreilles, un sentiment de chaleur à la tête sans céphalalgie et parfois des nausées. Ces impressions, presque toujours d'une invasion subite, ne durent pas plus d'une à deux minutes, et laissent après elles le sentiment d'une sorte de vide dans la faculté de penser et de fatigue dans le système musculaire. Ces vertiges ne sont point des prodromes de l'apoplexie. On les observe surtout aux époques des grandes chaleurs. Généralement la saignée les augmente; ils cèdent assez facilement, au contraire, aux vomitifs ou aux antispasmodiques.

La *méningite* aiguë inflammatoire paraît être très-rare à la Martinique.

Pour l'*aliénation mentale*, M. Rufz renvoie au mémoire qu'il a publié, en 1856, dans les *Annales d'Hygiène*, sur l'asile de Saint-Pierre.

Les *maladies de la moelle* sont très-rares à Saint-Pierre.

Les *névralgies* y sont au contraire assez communes, surtout la névralgie dorso-intercostale.

La *migraine* y est également très-fréquente.

L'*épilepsie* y est très-rare. Les vertiges dont nous avons parlé plus haut ne paraissent avoir aucun rapport avec cette névrose.

L'*hystérie* est au contraire assez fréquente, surtout chez les femmes de couleur. La colère, la jalousie et les chagrins domestiques en sont les causes les plus ordinaires.

Le *suicide* est très-rare à la Martinique.

M. Rufz n'a pas vu un seul cas de *chorée*.

Il y a quelques *goitreux* à Saint-Pierre; le *crétinisme* y est inconnu. On a constaté la présence de l'iode dans les eaux potables de l'île.

Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires.

T. XXII.

1° *Vomissements incoercibles déterminés par une lésion cérébrale de nature syphilitique*; par M. le Dr Duval (n° 113).

2° *Observation d'ataxie locomotrice progressive d'emblée; marche aiguë et rapide; heureux effets du phosphore;* par M. le Dr Widal (n° 114).

3° *Etudes statistiques sur le recrutement dans la moelle*; par M. le Dr Richon (n° 117).

Travail très-étendu et fait avec beaucoup de soin; nous y trouvons les documents suivants :

De 1834 à 1866, les exemptions pour défaut de taille ont diminué de plus de moitié, 28,56 au lieu de 60,71 pour 1000.

Celles pour infirmités, au contraire, ont suivi une marche ascendante; de 1834 à 1866, la proportion s'est accrue de 50 pour 1000.

De 1834 à 1866, sur 1000 examinés, la proportion des exemptés a été de :

Pour surdi-mutité	0,9
— goître	10,0
— névroses; épilepsie; chorée	1,0
— crétinisme; idiotie; imbécillité	3,4
— aliénation mentale	0,2

La proportion des exemptions pour ces diverses infirmités varie considérablement, d'ailleurs, d'un point à l'autre du département.

Dans la région de l'Ouest, c'est dans le canton de Briey qu'on rencontre le plus grand nombre de cas de goître, d'idiotie et d'imbécillité.

Dans la vallée de la Moselle, on observe surtout le goître dans les cantons de Thionville, de Metzerville et dans le 1er canton de Metz.

Dans le bassin des Nieds, on rencontre le goître dans les cantons de Bouzonville, de Boulay, mais surtout de Foulquemont.

4° *De la folie et du suicide dans l'armée anglaise*; par M. le Dr Ely (n° 118).

L'*aliénation mentale*, dans l'armée anglaise (statistique des années 1859 à 1866), donne des proportions extrêmement diverses, variant, pour les Anglais, de 5,23 (Terre-Neuve) à 0,96 (Canada). Il serait difficile de déterminer les causes de ces différences, qui peuvent être absolument occasionnelles. Cependant la proportion des nègres aliénés est double de celle des Européens dans la mer des Antilles. Les chiffres des Barbades

et de la Trinité sont considérables, 5,68 et 5,44. La proportion est beaucoup moindre à la côte occidentale d'Afrique, 1,15, et à Ceylan, 2,32. Pour ces dernières localités, comme pour les troupes asiatiques de Chine, les moyennes se rapprochent sensiblement de celle des Anglais.

Les troupes du Royaume-Uni ont une moyenne de 1,68, tandis que dans notre armée, en 1866, la proportion n'était que de 0,40, en ne comprenant les officiers ni dans l'une ni dans l'autre armée.

L'*alcoolisme* existe dans l'armée anglaise à un degré dont on peut difficilement se faire une idée : pour l'Angleterre, dans la période 1859-1866, la proportion des entrées à l'hôpital pour alcoolisme (ivresse et delirium tremens) a été de 6,4 et la mortalité de 0,13 décès par an pour 1000 hommes d'effectif.

Dans les autres pays occupés, la proportion a été beaucoup plus forte. Dans les îles de la Méditerranée, elle a été de 13 malades et 0,18 décès; dans l'Amérique du nord, 20 malades et 0,70 décès; dans les Antilles, 40 malades et 1,38 décès; en Chine, 54 malades et 0,84 décès; à la Trinité, 53 malades et 2,90 décès, enfin à la Guyane, 85 malades et 5,60 décès par an sur 1,000 hommes d'effectif.

L'alcoolisme n'existe pour ainsi dire pas dans les troupes noires; la religion musulmane qu'ils professent presque tous les préserve de ces tristes excès.

La proportion des cas de *suicide* dans l'armée anglaise est en moyenne de 0,26, tandis que dans l'armée française elle est de 0,51. La proportion atteint les chiffres de 0,69 dans les Antilles et à Maurice, 0,42 à Ceylan, 0,48 en Chine, 0,87 au Japon, 1,74 à la Trinité; elle n'est que de 0,05 dans la Nouvelle-Zélande.

La proportion est un peu plus forte dans les troupes noires que parmi les soldats européens.

Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac.

(1re année.)

1° *Note statistique au sujet de l'influence étiologique du tabac dans les maladies des centres nerveux;* par M. Tamisier (n° 3).

Sur 59 affections graves des centres nerveux que M. Tamisier a observées de 1860 à 1869, et uniquement d'ailleurs chez des

hommes, 41 existaient chez des fumeurs. En voici le relevé établi par genre de maladies et par catégories indiquant l'abus, le simple usage ou l'abstinence du tabac à fumer :

	Abus.	Simple usage.	Abstinence.	Totaux.
Hémiplégie.	9	2	4	15
Ramollissement cérébral	»	1	3	4
Paraplégies	5	3	10	18
Ataxies locomotrices	14	5	1	20
Tremblement	1	»	»	1
Paralysie trémulante	1	»	»	1
	30	11	18	59

M. Tamisier n'en conclut pas que 30 fois sur 59 les affections nerveuses sont produites par l'abus du tabac à fumer ; mais il croit que c'est surtout, si non uniquement à cette cause, qu'il y a lieu d'attribuer la maladie de la plupart des hémiplégiques et des ataxiques qu'il a observés depuis 1860.

Pour quelques-uns même, M. Tamisier a pu s'en assurer directement, en constatant que les symptômes augmentaient ou diminuaient de gravité, toutes les fois que les malades reprenaient ou suspendaient l'usage du tabac; sa conviction à cet égard est donc parfaitement et depuis longtemps arrêtée.

Nous partageons complétement cette manière de voir.

2° *De l'action du tabac dans ses rapports avec la folie paralytique* ; par M. le professeur Lefèvre (de Louvain) (n° 4.)

M. Lefèvre n'a aucune preuve directe, aucune observation concluante à invoquer, pour affirmer que l'abus du tabac à fumer est un des facteurs de la folie paralytique ; mais l'induction le pousse à considérer le fait comme indubitable et il se fonde à cet égard sur les considérations suivantes :

1° La nicotine détermine chez les animaux l'affaiblissement progressif des mouvements, pouvant aller jusqu'à la paralysie, que cet affaiblissement ait été ou non précédé d'une période d'excitation; la diminution de la sensibilité; les troubles des sens, et enfin la congestion sanguine, quelquefois accompagnée d'hémorrhagie des centres nerveux et de leurs membranes, congestion qui peut aller jusqu'à l'inflammation de la pie-mère et de la substance grise, et même jusqu'à la désorganisation des cellules nerveuses.

2° On observe des phénomènes analogues et de plus l'affaiblissement de l'énergie intellectuelle, d'un côté chez les per-

sonnes qui subissent pour la première fois l'action de la fumée de tabac et de l'autre chez un certain nombre de ceux qui abusent de la pipe ou du cigare.

3° On a constaté dans tous les pays un rapport constant entre l'augmentation de la consommation du tabac et l'accroissement des cas de paralysie générale.

M. le Dr Jolly a formulé des conclusions plus explicites encore dans l'excellent mémoire qu'il a lu sur ce sujet à l'Académie de médecine le 20 février 1865 (1).

Il serait à désirer que cette importante question étiologique fût étudiée de nouveau.

Bulletin de la Société de législation comparée.

(1re année.)

1° *Sur la législation relative aux aliénés*; par M. Tanon (n° 3).

Exposé sommaire des législations anglaise et hollandaise, en ce qui concerne notamment le mode de placement dans les asiles. M. Tanon est un de ceux qui pensent qu'il y a lieu d'introduire quelques modifications dans la loi de 1838 et il a proposé à la Société la nomination d'un comité d'étude. Sa proposition a d'ailleurs été accueillie sans opposition.

MM. Ernest Bertrand et Brierre de Boismont ont présenté quelques courtes observations à l'occasion de la communication de M. Tanon.

2° *Etude de la loi sur les aliénés ; questionnaire* (n° 4.)

La commission instituée pour l'étude des diverses questions relatives à la condition légale des aliénés a, dans sa réunion du 4 mai 1869, arrêté le questionnaire suivant, redigé par les soins de MM. Lunier et Tanon :

I. *Du traitement et de l'assistance des aliénés.*

1. Existe-t-il en..... des établissements spéciaux pour le traitement des aliénés? Quelle est leur organisation?

2. Distingue-t-on des établissements publics et des établissements privés?

3. Le traitement à domicile *ou dans des familles étrangères* est-il en usage? A-t-il été prévu et réglementé par la loi? — Colonies.

(1) Voy. *Annales médico-psych.* 1866, 4me série, t. VIII, p. 437.

4. Quel est le mode de traitement le plus généralement adopté ?

II. *Disposition de la personne de l'aliéné. — Des divers modes de placement.*

5. Quel est le mode de placement des aliénés dans les lieux où doit s'opérer le traitement ?

6. Y a-t-il deux sortes de placement, — volontaire (par la famille ou les tiers) et d'office (par l'autorité publique)? Quelles sont les formalités prescrites dans l'un et l'autre cas? Y a-t-il lieu de distinguer, selon que le placement se fait dans un établissement public ou dans un établissement privé?

7. Quelle est, pour chaque mode de placement, l'autorité qui statue ?

8. Est-ce l'autorité judiciaire? Indiquer si l'ordre de placement, ou l'autorisation, sont donnés par un seul magistrat, en vertu d'un pouvoir discrétionnaire qui lui serait conféré ; ou s'ils sont donnés par un magistrat ou un corps judiciaire sous la forme, soit d'un jugement, soit d'un simple avis ?

9. Quelle est la procédure à suivre? Quelles sont les voies de recours qui peuvent être prises contre la décision?

10. Est-ce l'autorité administrative qui statue? Enumérer les diverses formalités à remplir jusqu'au moment où le placement devient définitif.

11. Existe-t-il des commissions d'admission ordonnant ou autorisant les placements?

12. Quels sont les droits et les devoirs de la famille dans le cas de placement d'office ou volontaire, et spécialement dans le premier cas ?

III. *Contrôle judiciaire et administratif. — Surveillance des asiles.*

13. Quelles sont les mesures générales prescrites pour s'assurer de la nécessité du maintien de l'aliéné dans les lieux où il est retenu et contrôler le mode de traitement suivi ?

14. Quel est le mode de surveillance des asiles? Quelles sont les personnes chargées des visites obligatoires ou facultatives? Comment le résultat de ces visites doit-il être constaté?

15. Existe-t-il des commissions de surveillance auprès de tous les asiles? Quel est leur rôle?

16. L'autorité judiciaire exerce-t-elle un contrôle spécial sur les placements? Quelle est la sanction de ce contrôle?

17. La famille a-t-elle un droit propre de surveillance? Les tiers sont-ils admis, dans certains cas, à visiter les aliénés et à intervenir en leur faveur?

18. Par quels moyens l'aliéné peut-il saisir de ses réclamations l'autorité, la famille ou les tiers? Peut-il communiquer librement avec les tiers par correspondance?

IV. *Règles selon lesquelles l'aliéné recouvre la disposition de sa personne. Divers modes de sortie.*

19. Comment cesse le placement de l'aliéné?

20. Quels sont les droits et devoirs des directeurs et des médecins d'asiles?

21. Existe-t-il plusieurs modes de sortie, — par la voie administrative, ou par la voie judiciaire?

22. Quels sont les droits de la famille? Dans quels cas, et sous quelles conditions, peut-elle exiger la sortie?

23. L'aliéné peut-il provoquer sa sortie? Comment exerce-t-il ce droit?

V. *Gestion des biens de l'aliéné. — Curateur à sa personne.*

24. Quel est le mode de gestion des biens de l'aliéné? Doit-on distinguer, selon que l'aliéné est dans un établissement public ou dans un établissement privé?

25. Quels sont les actes qu'il est permis de faire, au nom de l'aliéné?

26. Quelle est la durée des pouvoirs conférés à ceux qui le représentent?

27. Quel est le mode définitif de gestion des biens, lorsque l'aliénation se prolonge?

28. Quelles sont les règles spéciales prescrites pour garantir les aliénés contre les spoliations qui pourraient être tentées par les membres de leur famille ou les tiers?

29. Comment sont exercés, à la place de l'aliéné, les droits résultant de la puissance maritale et paternelle?

30. Quelle est la capacité de l'aliéné?

31. Un aliéné pourrait-il contracter valablement certains actes pendant un intervalle lucide? Comment constaterait-on que l'aliéné est dans un intervalle lucide?

32. Existe-t-il un curateur à qui soit spécialement confié le soin de la personne de l'aliéné? A qui ces fonctions peuvent-elles être conférées?

VI. *Questions diverses.*

33. Quelles sont les mesures spéciales prescrites relativement aux aliénés qui ont commis des actes réputés criminels, et aux criminels en état d'aliénation mentale?

34. Existe-t-il des institutions de patronage pour les aliénés convalescents? Est-il opportun d'en établir? Sur quelles bases?

Ce questionnaire, destiné plus particulièrement aux correspondants étrangers de la Société, ne doit d'ailleurs être considéré que comme un cadre que l'on peut compléter ou étendre à volonté; nous avons cherché seulement à y faire entrer les questions les plus importantes.

Gazette médicale de l'Algérie.

14e année.

1° *Coup de feu à la région cervicale; balle perdue dans le rachis; paralysie progressive des membres inférieurs, du tronc et des bras; intégrité de l'intelligence;* par MM. Bertherand et Faure (n° 9).

Observation empruntée à *La campagne d'Italie de* 1859, de M. Bertherand, et à l'occasion de laquelle M. Faure est entré dans des considérations intéressantes sur les fonctions du cerveau, du cervelet et de la moelle.

2° *Quelques mots sur la pellagre;* par M. le Dr L. Faure (n° 11).

M. Faure ne croit pas que le maïs altéré soit la cause unique de la pellagre; avec MM. Léon Marchand, A. Spessa et quelques autres, il considère cette maladie comme un *mal de misère*, qu'on ne fera disparaître qu'en modifiant profondément les conditions hygiéniques au milieu desquelles vivent les populations décimées par cette endémie.

Gazette médicale de Strasbourg.

29e année.

1° *Cas de rage chez un enfant de six ans, mordu par un chat un mois auparavant;* par M. le Dr Salathé (n° 4).

La mort est arrivée 48 heures seulement après le début de la maladie; la période prodromique avait également été très-courte.

2° *Tic facial datant de plus d'un an; occlusion complète des yeux; section des nerfs de la 7e paire; guérison partielle;* par le Dr Deleviéleuse (n°-6).

Montpellier médical.

12e année, t. 22 et 23.

1° *Tétanos traumatique et rhumatismal traité avec succès par les applications balnéaires des eaux d'Aix-en-Savoie;* par M. le Dr L. Brachet (t. 23, n° 6).

La lésion traumatique, — une blessure du doigt datant de 20 jours et presque cicatrisée, — avait agi comme cause prédisposante; et le rhumatisme, ou plus exactement un refroidissement subit, comme cause déterminante. Est-ce bien là un véritable cas de tétanos traumatique?

Journal de médecine de Bordeaux.

4e série. — 1re année.

1° *De la spécificité thérapeutique, à propos du bromure de potassium dans l'épilepsie;* par M. le Dr de Fleury (n° 2).

M. de Fleury s'élève avec raison contre la qualification de spécifique que certains médecins veulent donner au bromure de potassium dans l'épilepsie. La spécificité dans la médication implique, en effet, la spécificité dans la maladie; or l'épilepsie n'est point une maladie spécifique; il y a *des* épilepsies, comme le disait récemment M. Gubler à l'Académie de médecine, et non *une* épilepsie. Et d'ailleurs, le bromure de potassium est loin d'être le seul médicament qui guérisse le mal comitial.

2° *Névralgie épileptiforme du nerf maxillaire inférieur; résection; guérison;* par M. Lande (n° 4).

« A peine le malade avait-il prononcé quelques mots, dit M. Lande, que nous le voyons, non sans étonnement, changer de figure. Il se tait, saisit brusquement à deux mains son mouchoir, l'applique, de la main droite, sur la région auriculaire droite, tandis que, de la main gauche, il en frictionne vigoureusement toute la région maxillaire du même côté.

En même temps, tous les muscles de cette moitié de la face sont le siége de violentes contractions, et le malade fait entendre une sorte de grognement, interrompu par trois ou quatre clapements de langue produits par de vigoureux mouvements de succion. Enfin, un mouvement brusque de toute la tête termine la scène ; le malade nous regarde avec de gros yeux hébétés et s'écrie aussitôt : « C'est fini. » Quelques secondes avaient suffi pour la production de tous ces phénomènes. »

Cette singulière maladie était survenue, vingt ans auparavant, après l'avulsion de la première grosse molaire inférieure droite, pratiquée brusquement par un charlatan ; tous les moyens de traitement mis en usage avaient échoué et lorsque le malade se présenta à l'hôpital Saint-André, les accès revenaient toutes les deux ou trois minutes. La résection du nerf maxillaire inférieur pratiquée par M. Denucé fit immédiatement disparaître tous les accidents.

3° *Goître exophthalmique* ; par M. H. Gintrac (n° 8).

A l'occasion d'un cas qui s'est présenté dans son service de l'hôpital Saint-André, M. H. Gintrac a fait sur le goître exophthalmique une excellente leçon que l'on peut résumer comme il suit :

Le goître exophthalmique est une névrose du grand sympathique qui se manifeste par trois séries de symptômes bien tranchés : la saillie des globes oculaires, le développement du corps thyroïde, et des battements visibles des artères et du cœur. La digitale et l'hydrothérapie paraissent constituer le meilleur mode de traitement de la maladie.

4° *De l'hémiplégie hystérique ; comment et pourquoi elle siége habituellement à gauche* ; par M. le Dr de Fleury (n° 1).

De ses recherches et observations, M. de Fleury s'est cru en droit de tirer les conclusions suivantes :

« 1° L'hystérie est essentiellement une névrose de la sensibilité générale et de l'affectivité cérébrale ;

2° L'hémiplégie hystérique confirmée est toujours, alors même qu'une lésion de la moelle l'aurait déterminée, sous la dépendance suprême d'un trouble fonctionnel cérébral :

3° Dans l'immense majorité des cas, c'est sur la moitié gauche du corps que siége cette hémiplégie, et par conséquent

dans l'hémisphère droit (en raison des effets croisés) que se produit le trouble fonctionnel ;

4° Les excitations objectives étant identiques à la périphérie, pour chaque côté du corps, l'inégalité d'effets accusée par chacun des foyers cérébraux, ou agents de perception, implique une inégalité correspondante dans leur dynamisme fonctionnel ;

5° L'anatomie physiologique contemporaine montre que les manifestations réactionnelles motrices sont constamment la traduction médiate et réfléchie d'une incitation incidente. Chaque hémisphère cérébral élabore donc en perceptions, et élimine par transformation en actes, les impressions incitées vers l'encéphale, et celui des deux appareils qui est le moins apte à s'en *décharger* est manifestement le plus faible en puissance dynamique ;

6° Ce rôle est celui de l'*hémisphère cérébral droit*, qui n'est pas en réalité plus que son congénère un organe d'*affectivité*, mais qui, moins puissant en réaction effective, est plus naturellement exposé que son homologue aux atteintes d'une névrose de la sensibilité. Ainsi s'explique comment le côté gauche du corps, dont le *réophore cérébro-spinal* est sous la dépendance de la pile cérébrale droite, est presque toujours le siége de l'*hémiplégie hystérique*. Accablé par un excès d'impressions sensitives qu'il ne suffit plus à s'approprier, cet appareil cérébral voit les membres, auxquels il commande, frappés d'anesthésie et, secondairement, de parésie. »

Marseille médical.

6e année.

1° *Lésions cérébrales chez un aliéné.* Extr. du *British and foreign Review* ; par M. Nicolas (n° 4).

« Les docteurs Tuke, Rutherford et Skae, dans un mémoire contenant les résultats de plusieurs autopsies de cerveaux d'aliénés, ont donné la description d'une lésion qui jusqu'à présent n'avait pas été décrite. Le malade, sujet de cette observation, était un ecclésiastique âgé de 65 ans. Quelques années avant son admission dans l'asile, il fut atteint d'une attaque d'apoplexie. Il était resté paraplégique, avec un certain embarras dans la parole ; enfin ses idées étaient incohérentes.

Il succomba à une seconde attaque d'apoplexie. L'autopsie fut faite 73 heures après la mort. On trouva plusieurs foyers hémorrhagiques. Mais la principale lésion résidait dans le cervelet. Le côté gauche de cet organe était considérablement atrophié. La substance blanche atrophiée, préalablement durcie et rendue transparente par la térébenthine, coupée en tranches fines, présentait distinctement à l'œil une grande quantité de taches blanchâtres demi-opaques. Ces taches ne se rencontraient que dans la substance blanche ; elles étaient irrégulièrement disséminées et offraient généralement une forme ovale. Plusieurs taches, en se réunissant, en formaient une plus grande, qui avait alors une apparence lobulée. Les dimensions de ces taches étaient très-variables, les plus grandes avaient 1/40e de pouce. Sous un faible grossissement et à lumière directe, elles présentaient un éclat opalin. Avec un grossissement de 250 à 800 diamètres, elles paraissaient composées d'une substance granuleuse et d'un stroma de fibres incolores extrêmement minces. La plupart des taches avaient des bords bien définis, limités par des tubes nerveux et des vaisseaux sanguins infléchis qui semblaient poussés au dehors par la force excentrique de la substance granuleuse, à mesure qu'elle se développait. Lorsque la préparation était imbibée de la solution ammoniacale de carmin, les fibres qui limitaient la tache étaient moins colorées que les éléments du tissu nerveux qui se trouvaient en dehors de celles-ci. La substance granuleuse n'était pas colorée par le carmin. Avec un grossissement de 80 à 100 diamètres, la plupart des taches paraissaient enveloppées par une capsule rouge. La matière granuleuse présentait une teinte verdâtre, produite probablement par la solution d'acide chromique, au moyen de laquelle on avait durci le tissu. Les plus petites taches ne paraissaient pas entourées par des fibres distinctes, mais le tissu nerveux environnant semblait se perdre graduellement dans la matière granuleuse. Bien que la plus grande partie des tubes nerveux se courbassent pour entourer la tache, quelques-uns s'arrêtaient brusquement et présentaient une solution de continuité en arrivant sur la limite de la tache.

Les plus petites taches visibles avaient 1/1500e de pouce de diamètre ; elles étaient formées par une substance granuleuse d'aspect laiteux.

Sur des tranches de tissu desséché, ces taches formaient de petites éminences se détachant du tissu nerveux ratatiné et elles pouvaient être aisément enlevées avec la pointe d'un

canif. L'acide hydrochlorique ne produisait aucune effervescence. L'acide acétique, l'alcool, l'éther ne modifiaient nullement la substance granuleuse. L'acide nitrique pur rendait transparent le tissu nerveux et la matière granuleuse, tandis que l'essence de térébenthine donnait de la transparence au tissu nerveux et n'avait aucune influence sur la matière granuleuse. Sous l'influence de l'acide nitrique, on voyait apparaître, dans la matière granuleuse, des corps arrondis, incolores, présentant les dimensions des corpuscules sanguins. Ces corpuscules étaient probablement formés par la substance granuleuse elle-même, devenue liquide par l'action de l'acide.

Ces corpuscules se réunissaient dans la tache, et par l'action continue de l'acide, aidée de pressions successives faites sur la préparation, on arrivait à écarter cette matière visqueuse, et alors la préparation restait formée d'un stroma fibreux. Ce stroma était un réseau délicat de tissu connectif, les tubes nerveux et les nucléoles ayant été détruits. La destruction des nucléoles et des tubes nerveux n'avait pas été produite par l'acide, car il ne détruit pas ces éléments dans le tissu nerveux normal. La matière granuleuse aurait pris la place des nucléoles et des tubes nerveux, en laissant intactes les fibres du tissu connectif. La brusque interruption des tubes nerveux sur les limites de la tache montrait nettement la disparition de l'élément nerveux.

Les auteurs n'arrivent pas à donner une description positive du mode de développement de cette lésion. Ils pensent que le premier degré de la lésion serait constitué par un dépôt de matière granuleuse qui donnerait au tissu nerveux un aspect nébuleux. Ensuite et graduellement la substance granuleuse, en se développant avec une plus grande abondance, amènerait la disparition de l'élément nerveux. »

2° *Du rôle du système nerveux dans les troubles morbides de la menstruation;* par M. le Dr A. Fabre (n° 6).

M. Fabre est convaincu que les troubles de l'innervation jouent un grand rôle dans la plupart des désordres menstruels de toutes catégories, et il essaie de le démontrer, en se fondant sur les données physiologiques et sur l'observation clinique. Les désordres, développés sous une influence nerveuse, présentent, d'ailleurs, des caractères qui leur appartiennent en propre et réclament une thérapeutique spéciale.

Revue médicale de Toulouse.

(8e année.)

1° *Maladies du système nerveux observées en* 1867-1868 ; par M. le Dr Guitard (nos 1 et 2.)

Sur les 339 malades admis à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, du 1er mars 1866 au 31 mars 1868, M. Guitard a observé :

Névralgies diverses	11
Paraplégies	8
Hypérémies cérébrales	4
Hémorrhagies cérébrales	2
Hémiplégies	3
Ramollissement du cerveau	1
Aphasies	2
Alcoolismes	3
Ivresses alcooliques	2
Absinthisme	1
Hypochondries	2
Chorées	2
Vésanies	1

Si les aliénés — un seul excepté — et les épileptiques ne figurent pas dans ce tableau, il faut l'attribuer à ce que ces malades sont placés directement à l'asile des aliénés, situé à un kilomètre de la ville.

M. Guitard s'est bien trouvé, dans toutes les névralgies qu'il a eu à traiter, de l'injection hypodermique au sulfate neutre d'atropine.

2° *De l'ataxie locomotrice progressive ; traitement par l'hydrothérapie* ; par M. le Dr L. Desclaux (n° 4).

M. Desclaux a employé l'hydrothérapie chez deux ataxiques ; chez l'un, le traitement, interrompu au bout d'un mois et demi, ne produit aucun résultat ; chez le second, au contraire, l'hydrothérapie amène une amélioration très-sensible, presque la guérison.

3° *De la crampe des écrivains* ; par M. L. Desclaux (n° 6).

Quelques considérations sur la nature de cette affection nerveuse, à l'occasion d'une observation communiquée par un confrère qui en était atteint lui-même.

4° *Étude sur la physiologie pathologique de l'hystérie*, et spéciale-

ment sur le rôle qu'y joue le pouvoir réflexe ou excito-moteur ; par M. le Dr Journal (nos 8, 9 et 10).

Voici comment l'auteur résume lui-même son travail :

« Les diverses théories de localisation qui ont été émises à propos de l'hystérie étaient toutes plus ou moins basées sur des raisons sérieuses ; aussi chacune d'elles contient-elle une part de la vérité, mais ne peut être admise dans tous les cas. L'explication de tous les faits cliniques d'hystérie par une théorie unique est inadmissible. Le mécanisme de sa production varie suivant les malades observés, mais toujours on est contraint de reconnaître que, bien que capable d'être développée sous des influences diverses, l'hystérie est toujours subordonnée à des désordres fonctionnels de tout le système nerveux central. C'est là ce qu'elle présente de constant, d'essentiel. Ainsi, l'on y constate des troubles psychiques qu'on ne saurait rapporter à nul autre organe qu'à l'encéphale.

On y observe du côté de la vie de relation des convulsions que l'on ne pourrait expliquer que par l'altération fonctionnelle de l'axe doué du pouvoir excito-moteur ; du côté de la vie de nutrition, des spasmes qui semblent être liés à l'activité morbide des ganglions du grand sympathique.

Nous dirons donc, avec Andral, le siége de l'hystérie est dans le système nerveux tout entier. Ses symptômes musculaires nous paraissent évidemment sous la dépendance de la moelle épinière dont la réflectibilité a été prodigieusement exagérée.

Les convulsions hystériques rentrent pour nous dans celles qu'on désigne par le nom de convulsions réflexes.

Les causes qui ont impressionné vivement les centres nerveux sont le plus souvent l'influence héréditaire et toutes les conditions de causalité si nombreuses qui créent l'anémie.

Mais des causes locales quelconques peuvent amener, en se répétant, cette exagération du pouvoir réflexe.

Mais ces deux ordres d'influences, causes locales et constitutionnelles, peuvent quelquefois concourir simultanément et plus ou moins également à la production de l'hystérie.

L'état de l'utérus, qui exerce une puissante influence sur la femme, peut souvent réagir sur les centres nerveux par l'irradiation sympathique du désordre qu'il présente et finir par produire le nervosisme. Les métropathies peuvent donc, même longtemps après le début de cette névrose, être une cause assez fréquente d'accès ou sont capables de développer l'hystérie

chez les femmes qu'elles affectent. Mais nous ne saurions admettre la constance du siége utérin de l'hystérie. Au point de vue pratique, nous dirons enfin que le médecin ne doit pas soumettre toutes les hystériques à une thérapeutique uniforme. Il doit étudier chaque cas particulier, rechercher si c'est d'une affection locale que dérive l'état morbide, ou bien si c'est au contraire de l'excitabilité générale entretenue par des causes d'anémie. Il verra ensuite si ces deux influences n'exerceraient pas, comme éléments étiologiques, une action à peu près égale. Avec cette connaissance du fait particulier observé, il saura attaquer chaque élément, selon l'importance qu'il joue dans l'ensemble morbide qu'il doit combattre. »

5° *Note sur un cas de pseudo-méningite, provoquée par la présence d'oxyures dans le rectum*; par M. le Dr Peyreigne (n° 10).

Le **Journal des connaissances médicales pratiques** pour 1869, et le **Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy** pour 1868-1869, ne contiennent aucun travail original qui rentre dans le cadre des *Annales*.

Travaux divers à consulter dans les recueils périodiques de 1869.

1° *L'éclampsie est-elle la conséquence de l'albuminurie?* par M. le Dr Fauvelle (*Bulletin médical de l'Aisne*, 1869, n 3).

M. Fauvelle se croit en droit de conclure de ses recherches et des faits qu'il a observés : 1° que des convulsions épileptiformes se rencontrent dans l'albuminurie et se développent sous son influence ; 2° que l'éclampsie puerpérale peut parfaitement être attribuée à la même cause.

2° *Considérations sur la loi de* 1838, par M. le Dr Marchant (*Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse*, 1868-1869).

M. Marchant a traité cette question d'actualité dans le discours qu'il a prononcé, en qualité de président, à la séance publique annuelle de la Société, le 9 mai 1869. Ce travail n'est pas susceptible d'analyse.

3° *Discussion sur le libre arbitre* (*Annuaire philosophique*, t. VI, 2e, 3e et 4e livraisons).

Discussion fort intéressante soulevée dans une réunion de

libres penseurs ; voici en quels termes M. Louis-Auguste Martin, directeur de l'*Annuaire-philosophique*, a résumé les débats :

« Nous avions à débattre la question de savoir si l'homme, quand il prend une résolution, obéit à une impulsion fatale, irrésistible, ou s'il puise dans sa conscience la raison de se déterminer; en un mot, si le libre arbitre, ou la faculté spontanée de choisir, est une fiction ou une réalité.

Les négateurs du libre arbitre se représentent l'homme tellement entravé au physique et au moral, qu'il ne peut commander au mouvement de son corps, ni à l'essor de sa pensée. Il vient au monde avec des organes doués d'aptitudes dont il est esclave toute sa vie. Par l'hygiène on dénature son tempérament; par l'éducation et l'instruction on lui impose des sentiments, des idées, des croyances, des habitudes fort différentes peut-être de celles qu'il aurait acquises par un autre enseignement, ou par sa propre expérience. La passion et l'intérêt l'entraînent à des actes inconscients. Enfin, par surcroît, on suppose une puissance supérieure, invisible, toujours présente à nos pensées pour les diriger, et à nos actions pour les faire, à son gré, tourner à bien ou à mal. Si réservée, si bénévole que puisse être une intervention divine, elle nous enlève, dans une proportion équivalente, une part de notre liberté, et par conséquent de notre responsabilité. Les théologiens déclarent que les actes bons ou mauvais sont un effet de la prédestination, que nous sommes sur terre, non pour accomplir une destinée individuelle, libre et passagère, mais pour remplir une mission providentielle.

De tout cela résulte que l'homme est toujours et fatalement sollicité par des motifs supérieurs à sa volonté, et qu'en conséquence il n'est point libre.

De leur côté, les partisans du libre arbitre soutiennent que l'homme n'est un être moral qu'à la condition de pouvoir se déterminer librement ; sans quoi il ne se distinguerait des animaux que par un instinct moins infaillible, et par une existence plus tourmentée. Traitons d'abord la question au point de vue physiologique. Chaque individu humain est un ensemble d'organes dont l'agencement particulier constitue son moi. Les appareils nerveux apportent au cerveau une impression qu'il perçoit immédiatement; de là une sensation qui, se reliant au souvenir de précédentes sensations, contribue à la formation de sentiments et d'idées. La volonté préside à cette élaboration intime et, sollicitée par les besoins

et les désirs qui en naissent, met en balance les divers motifs de détermination qui se présentent, s'arrête à l'un d'eux, et si aucun obstacle extérieur ne s'y oppose, l'action suit de près le choix. C'est l'ensemble de ces opérations conscientes qu'on nomme libre arbitre.

Ainsi, la fatalité des organes cède à la faculté intime du moi, d'obéir ou de résister à leurs sollicitations. Elle cède encore davantage aux modifications plus ou moins profondes qu'on leur fait subir au moyen de l'hygiène, de l'éducation et de l'instruction qui en transforment les aptitudes natives, changent les motifs de répulsion et de préférence, et en ajoutent de nouveaux. De là cette perfectibilité particulière à l'homme seul; car les transformations constatées chez les plantes et chez les animaux ne sont point des faits de spontanéité; ils sont dus soit à des perturbations climatériques ou météorologiques, soit au travail de l'homme lui-même qui s'efforce de les mieux approprier à ses besoins, de les faire servir à son industrie.

Les lois de la nature sont fatales, irrésistibles, comme la gravitation; mais si nous ne pouvons les changer, nous pouvons en conjurer ou en modifier les effets, les rendre moins tyranniques, les faire même tourner à notre avantage. Si ce n'est point là un fait de liberté, qu'est-ce donc?

Sans doute il y a des circonstances contre lesquelles notre libre arbitre vient se briser. Des événements imprévus ou inévitables viennent suspendre ou renverser nos résolutions. Mais en les subissant, nous protestons du fond de notre conscience contre leur fatalité ou contre leur injustice; notre pensée reste libre quand notre corps cesse de l'être.

C'est surtout par la notion du juste que s'affirme le libre arbitre. Cette notion entraîne celle de l'obligation, par conséquent de la responsabilité. La responsabilité et la liberté sont corollaires; leur coopération fait l'être moral.

On a dit : « la notion du juste diffère suivant les climats, les institutions, les croyances; tel acte trouvé bien ici est réputé mauvais là bas. Oui, mais chacun de ces jugements est un acte de liberté; car il a beau être le résultat de préjugés, d'intérêts, de croyances traditionnelles et locales, l'examen préalable dont il peut être l'objet implique le pouvoir de l'admettre ou de le rejeter, au moins tacitement.

Que devient le libre arbitre dans les passions?

Lorsqu'un homme s'abandonne soudain à un mouvement de colère ou de vengeance, il cède à un entraînement irrésis-

tible ; il agit sans réflexion, par conséquent sans liberté, car il n'a pas eu le temps de peser les motifs de sa détermination.

On peut en dire autant d'un acte de dévouement instantané. Celui qui se précipite au secours de son semblable en danger de périr, s'il se fût arrêté à réfléchir, en aurait peut-être été détourné par la crainte de s'exposer lui-même à la mort, ou par le souvenir d'une famille dont il est le soutien.

Cet acte, cependant, est plus admiré qu'un acte libre, parce qu'il résulte d'une sorte de passion *altruiste*, comme dirait Aug. Comte, c'est-à-dire de l'amour du prochain à son plus haut degré.

Dans les cas de passion irréfléchie, la conscience n'est en présence que d'un seul motif, et n'ayant pas à choisir, elle n'est pas libre. Toutefois le libre arbitre ne cesse pas d'exister virtuellement, il n'est que suspendu ; car l'agent peut se dire, après l'accomplissement de son acte, que si la réflexion lui avait présenté d'autres motifs il se serait déterminé autrement.

On a très-bien établi qu'un individu, partagé entre l'amour du jeu et l'amour de la famille, s'il se détermine pour le premier, ne le fait qu'après avoir librement pesé les motifs de répulsion et de préférence. On est donc libre de choisir entre plusieurs passions, dont chacune considérée isolément offrirait un motif déterminant, comme on est libre de choisir entre divers aliments dont chacun pris à part serait une bonne nourriture.

J'ai dit que là où il y avait liberté il y avait responsabilité ; ce n'est donc pas le motif qu'il faut juger en principe, c'est la liberté qui a présidé à son choix, c'est la volonté sans laquelle un acte serait un effet sans cause. Donc, lorsqu'une action n'est pas la suite d'une détermination libre, l'agent n'est ni méritant, ni coupable, il est inconscient, et on assimilera, par exemple, l'homme en colère à un fou et on le traitera comme un malade. De plus, il y a des degrés différents de liberté, aussi nombreux qu'il y a d'obstacles différents à son exercice. C'est pourquoi le coupable conscient devra être jugé dans la proportion de la liberté qui aura présidé à son crime : de là le système des circonstances atténuantes dont l'application devient plus fréquente, en raison de l'adoucissement des mœurs et du progrès des connaissances physiologiques.

La responsabilité du libre arbitre se révèle dans le sentiment que nous éprouvons instinctivement au récit d'un crime ou d'une bonne action ; notre horreur ou notre admiration se me-

sure généralement non-seulement à la beauté de l'acte en lui-même, mais au choix des motifs qui en ont précédé l'accomplissement, et il arrive en même temps ceci: c'est que nous affirmons notre propre liberté en constatant celle des autres, comme nous constatons les propriétés d'un corps par l'analyse d'un corps similaire.

On s'est demandé quelle part l'intérêt pouvait avoir dans l'exercice du libre arbitre.

Deux grands intérêts agitent l'homme : l'intérêt individuel et l'intérêt collectif ou social. Celui qui sacrifie son intérêt à celui des autres fait acte de générosité et mérite la louange; celui qui sacrifie l'intérêt social au sien fait acte d'égoïsme ou d'ambition et mérite le blâme.

Il en est un troisième, celui qui tient en équilibre ces deux intérêts ; il est dit honnête homme; cependant il ne mérite ni admiration ni blâme, car il n'a point passé la limite qui sépare le bien du mal, il n'a fait que son devoir.

Dans ces trois exemples, l'intérêt a été le mobile déterminant. Doit-on dire pour cela que chacun de ces individus n'était pas libre de choisir un autre rôle que celui auquel il s'est déterminé? En supposant que des circonstances extérieures aient pesé sur son choix, il n'en a pas moins préalablement examiné, contre-balancé divers motifs de décision; ce qu'il n'aurait pu faire s'il avait été fou.

Au reste, le libre arbitre n'est pas une faculté aussi appréciable que celle de la pensée ; car celle-ci a le langage et d'autres signes sensibles pour manifestation évidente. Il ne se démontre pas non plus par l'idée qu'on en a, l'idée n'impliquant pas la réalité de son objet; il se prouve moralement par la satisfaction intime ou le regret que laisse après elle une action, par le plaisir ou la peine que sa vue ou son récit nous cause, double témoignage qu'il y avait en nous ou dans les les autres le pouvoir d'agir différemment, par conséquent liberté et responsabilité. On ne peut pas plus nier que je suis maître de ma volonté quand je prends une résolution, qu'on ne peut nier que je suis maître de mes mouvements quand je marche. Mais, enfin, le libre arbitre n'est pas une liberté absolue ; son exercice est entravé par tant de conditions et de circonstances qu'on a pu le mettre en doute ; mais je dis en terminant : il n'y a ni indépendance absolue de la volonté comme le voudraient quelques métaphysiciens, ni dépendance absolue comme le veulent les théologiens, ni fatalisme absolu

comme le veulent les physiologistes exclusifs, et je conclus à la réalité du libre arbitre comme liberté relative. »

4° *Des rapports des fonctions nerveuses et cérébrales avec les facultés instinctives, intellectuelles et morales* ; par M. Claude Bernard (*même recueil*, 6e liv.).

Voici comment l'éminent physiologiste apprécie ces rapports dans son discours de réception à l'Académie française :

« Quel admirable spectacle que cette manifestation de l'intelligence depuis l'apparition de ses premiers vestiges jusqu'à son complet épanouissement, manifestation graduée dans laquelle le physiologiste voit les diverses formes des fonctions nerveuses et cérébrales s'analyser en quelque sorte d'elles-mêmes et se répartir chez les différents animaux suivant le degré de leur organisation ! D'abord, au plus bas degré, les manifestations instinctives, obscures ou inconscientes ; bientôt l'intelligence consciente apparaissant chez les animaux d'un ordre plus élevé ; et enfin chez l'homme l'intelligence éclairée par la raison, donnant naissance à l'acte rationnellement libre, acte le plus mystérieux de l'économie animale et peut-être de la nature entière.

Dans tous les temps, les manifestations de l'intelligence ont été regardées comme des phénomènes impénétrables ; mais, à mesure que la physiologie avance, elle porte ses vues de plus en plus loin. Aujourd'hui, après avoir localisé, elle veut expliquer. Elle ne se borne plus à déterminer dans les organes le siége précis des fonctions ; elle descend dans les éléments mêmes de la matière vivante, en analyse les propriétés et en déduit l'explication des phénomènes de la vie, en y découvrant les conditions de leur manifestation...

La physiologie établit d'abord clairement que la conscience a son siége exclusivement dans les lobes cérébraux ; mais, quant à l'intelligence elle-même, si on la considère d'une manière générale et comme une force qui harmonise les différents actes de la vie, les règle et les approprie à leur but, les expériences physiologiques nous démontrent que cette force n'est point concentrée dans le seul organe cérébral supérieur, et qu'elle réside, au contraire, à des degrés divers, dans une foule de centres nerveux, inconscients, échelonnés dans tout l'axe cérébro-spinal, et peuvent agir d'une façon indépendante, quoique coordonnés et subordonnés hiérarchiquement les uns aux autres.

En effet, la soustraction des lobes cérébraux chez un animal supérieur fait disparaître la conscience, en laissant subsister toutes les fonctions du corps dont on a respecté les centres nerveux coordinateurs. Les fonctions de la circulation, de la respiration, continuent à s'exécuter régulièrement, sans interruption; mais elles cessent dès qu'on enlève le centre propre qui régit chacune d'elles. S'agit-il, par exemple, d'arrêter la respiration, on agira sur le centre respiratoire qui est placé dans la moelle allongée. M. Flourens a circonscrit ce centre avec une scrupuleuse précision, et lui a donné le nom de *nœud vital*, parce que sa destruction est suivie de la cessation immédiate des manifestations de la vie dans les organismes élevés. La digestion, seulement suspendue, n'est point anéantie. L'animal, privé de la conscience et de la perception, n'a plus l'usage de ses sens, et a perdu conséquemment la faculté de chercher sa nourriture; mais si l'on y supplée en poussant la matière alimentaire jusqu'au fond du gosier, la digestion s'effectue, parce que l'action des centres nerveux digestifs est restée intacte.

Un animal dépourvu de ses lobes cérébraux n'a plus la faculté de se mouvoir spontanément et volontairement; mais si l'on substitue à l'influence de sa volonté une autre excitation, on s'assure que les centres nerveux coordinateurs des mouvements de ses membres ont conservé leur intégrité.

De cette matière s'explique ce fait, étrange et bien connu, d'une grenouille décapitée qui écarte avec sa patte la pince qui la fait souffrir. On ne saurait admettre que ce mouvement si bien approprié à son but soit un acte involontaire du cerveau; il est évidemment sous la dépendance d'un centre qui, siégeant dans la moelle épinière, peut entrer en fonction, tantôt sous l'influence centrale du sens intime de la volonté, tantôt sous l'influence d'une sensation extérieure ou périphérique.

Chaque fonction du corps possède ainsi son centre nerveux spécial, véritable cerveau inférieur dont la complexité correspond à celle de la fonction elle-même. Ce sont là les *centres organiques* ou *fonctionnels* qui ne sont point encore tous connus, et dont la physiologie expérimentale accroît tous les jours le nombre. Chez les animaux inférieurs, ces centres inconscients constituent seuls le système nerveux; dans les organismes élevés, ils se forment avant les centres supérieurs, et président à des fonctions organiques importantes dont la nature, par prudence, suivant l'expression d'un philoso-

phe allemand, n'a pas voulu confier le soin à la volonté.

Au-dessus des centres nerveux fonctionnels, inconscients, viennent se placer les centres instinctifs proprement dits. Ils sont le siége de facultés également innées dont la manifestation, quoique consciente, est involontaire, irrésistible et tout à fait indépendante de l'expérience acquise. Gall a beaucoup insisté sur les faits de ce genre, et nous pouvons en avoir tous les jours des exemples sous les yeux. Le canard qui a été couvé par une poule, et qui se jette à l'eau en sortant de la coquille, nage sans avoir rien appris ni de sa mère ni de l'expérience. La vue seule de l'eau a suffi à réveiller son instinct. On sait encore l'histoire, rapportée par M Flourens d'après Fr . Cuvier, d'un jeune castor, isolé au moment de sa naissance et qui, après un certain temps, commença à construire industrieusement sa demeure.

Il y a donc des intelligences innées; on les désigne sous le nom d'*instincts*. Ces facultés inférieures des centres fonctionnels et des centres instinctifs sont invariables et incapables de perfectionnement; elles sont imprimées d'avance dans une organisation achevée et immuable et sont apportées toutes faites en naissant, soit comme conditions immédiates de viabilité, soit comme moyens d'adaptation à certains modes d'existence nécessaires pour assurer le maintien de la fixité des espèces.

Mais il en est tout autrement des facultés intellectuelles supérieures ; les lobes cérébraux, qui sont le siége de la conscience, ne terminent leur développement et ne commençent à manifester leurs fonctions qu'après la naissance. Il devait en être ainsi; car, si l'organisation cérébrale eût été achevée chez le nouveau-né, l'intelligence supérieure eût été close comme les instincts, tandis qu'elle reste ouverte au contraire à tous les perfectionnements et à toutes les notions nouvelles qui s'acquièrent par l'expérience de la vie. Aussi allons-nous voir, à mesure que les fonctions des sens et du cerveau s'établissent, apparaître, dans ce dernier, des centres nerveux fonctionnels et intellectuels de nouvelle formation réellement acquis par le fait de l'éducation.

Nous désignerons sous le nom de *centres* les masses nerveuses qui servent d'intermédiaire aux points d'arrivée des nerfs de la sensation et aux points de départ des nerfs du mouvement. C'est dans cette substance de soudure qui s'organise le plus tardivement, que l'exercice de la fonction vient frayer

et creuser en quelque sorte les voies de communication des nerfs qui doivent se correspondre physiologiquement.

Le centre nerveux de la parole est le premier que nous voyons se tracer chez l'enfant. Le sens de l'ouïe est son point de départ nécessaire ; si l'organe auditif manque, le centre du langage ne se forme pas; l'enfant né sourd reste muet. Dans l'éducation des organes de la parole, il s'établit donc entre la sensation auditive et le mouvement vocal un véritable circuit nerveux qui relie les deux phénomènes dans un but fonctionnel commun. D'abord la langue balbutie; c'est par l'habitude seulement, et à l'aide d'un exercice assez longtemps répété, que les mouvements deviennent assurés et que cette communication centrale des nerfs est rendue facile et complète. Toutefois, ce n'est qu'avec l'âge que la fonction peut s'imprimer définitivement dans l'organisation : un jeune enfant qui cesse d'entendre perd peu à peu la faculté de parler qu'il avait acquise et redevient muet, tandis que chez l'homme adulte, placé dans les mêmes conditions, il n'en est plus ainsi, parce que chez lui le centre de la parole est fixé et le développement du cerveau achevé. A ce momont, les fonctions de ce centre acquis sont devenues vraiment involontaires, comme si elles étaient innées ; et c'est une chose remarquable que les actes intellectuels que nous manifestons n'atteignent réellement toute la perfection dont ils sont susceptibles que lorsque l'habitude les a imprimés dans notre organisation et les a rendus en quelque sorte indépendants de l'intelligence consciente qui les a formés et de l'attention qui les a dirigés. Chez l'orateur habile la parole est comme instinctive, et on voit chez le musicien exercé les doigts exécuter d'eux-mêmes les morceaux les plus difficiles, sans que l'intelligence, souvent distraite par d'autres pensées, y prenne aucune part.

Parmi tous les centres nerveux acquis, celui de la parole est sans contredit le plus important : en nous permettant de communiquer directement avec les autres hommes, il ouvre à notre esprit les plus vastes horizons.....

L'organisation nerveuse de l'homme se ramène en définitive à quatre ordres de centres : les centres fonctionnels, les premiers formés, tous inconscients et dépourvus de spontanéité ; les centres instinctifs, conscients et doués de manifestations irrésistibles et fatales ; les centres intellectuels, acquis d'une manière volontaire et libre, mais devenant par l'habitude plus ou moins automatiques et involontaires. Enfin, au sommet de

toutes ces manifestations, se trouve l'organe cérébral supérieur du sens intime auquel tout vient aboutir. C'est dans ce centre de l'unité intellectuelle qu'apparaît la conscience, qui, s'éclairant sans cesse aux lumières de l'expérience de la vie, tend à affaiblir, par le développement progressif de la raison et de la volonté, les manifestations aveugles et irrésistibles de l'instinct.

N'oublions pas que c'est aux expériences de M. Flourens que nous devons nos principales connaissances sur le siége de la conscience, et rappelons encore que l'ablation des lobes cérébraux éteint aussitôt ce flambeau de l'intelligence et de la spontanéité; la vie séparée de la conscience peut continuer sans doute, mais alors les centres nerveux inférieurs, plongés dans l'obscurité, ne sont plus capables que d'actes involontaires et purement automatiques.

Maintenant, quelle idée le physiologiste se fera-t-il sur la nature de la conscience?

Il est porté d'abord à la regarder comme l'expression suprême et finale d'un certain ensemble de phénomènes nerveux et intellectuels; car l'intelligence consciente supérieure apparaît toujours la dernière, soit dans le développement de la série animale, soit dans le développement de l'homme. Mais, dans cette évolution, comment concevoir la formation du sens intime et le passage, si gradué qu'il soit, de l'intelligence inconsciente à l'intelligence consciente? Est-ce un développement organique naturel et une intensité croissante de fonctions cérébrales qui fait jaillir l'étincelle de la conscience, restée à l'état latent, jusqu'à ce qu'une organisation assez perfectionnée puisse permettre sa manifestation, et est-ce pour cette raison que nous voyons la conscience se montrer d'autant plus lumineuse, plus active et plus libre qu'elle appartient à un organisme plus élevé, plus complexe, c'est-à-dire qu'elle coexiste avec des appareils intellectuels inconscients plus nombreux et plus variés? En admettant que la science vienne confirmer ces opinions, nous n'en comprendrions pas mieux pour cela, au point de vue physiologique, l'essence de la conscience, que nous ne pouvons comprendre, au point de vue chimique, l'essence du feu ou la flamme. Le physiologiste ne doit donc pas s'arrêter, pour le moment, à ces interprétations; il lui suffit de savoir que les phénomènes de l'intelligence et de la conscience, quelque inconnus qu'ils soient dans leur essence, quelque extraordinaires qu'ils nous apparaissent,

exigent, pour se manifester, des conditions *organiques* ou *anatomiques*, des conditions *physiques* et *chimiques* qui sont accessibles à ses investigations, et c'est dans ces limites exactes qu'il circonscrit son domaine.

Partout, en effet, nous constatons une corrélation rigoureuse entre l'intensité des phénomènes physiques et chimiques et l'activité des phénomènes de la vie; c'est pourquoi il nous est possible, en agissant sur les premiers, de modifier les seconds et de les régler à notre gré. De même que les autres phénomènes vitaux, les manifestations intellectuelles sont troublées, affaiblies, éteintes ou ranimées par de simples modifications survenues dans les propriétés physiques ou chimiques du sang; il suffit de vicier ce liquide nourricier, en y introduisant des anesthésiques ou certaines substances toxiques, pour faire aussitôt naître le délire ou disparaître la conscience. La pensée libre, pour se manifester, exige la réunion harmonique dans le cerveau de toutes les conditions organiques, physiques et chimiques. Comment comprendre, en effet, la folie qui supprime la liberté, si on ne l'envisageait comme un trouble survenu dans ces conditions?

La tendance de la physiologie moderne est donc bien caractérisée; elle veut expliquer les phénomènes intellectuels au même titre que tous les autres phénomènes de la vie, et si elle reconnaît, avec raison, qu'il y a des lacunes plus considérables dans nos connaissances, relativement aux mécanismes fonctionnels de l'intelligence, elle n'admet pas pour cela que ces mécanismes soient par leur nature ni plus ni moins inaccessibles à notre investigation que ceux de tous les autres actes vitaux.

Là, comme partout, les propriétés matérielles des tissus constituent les moyens nécessaires à l'expression des phénomènes vitaux; mais nulle part ces propriétés ne peuvent nous donner la raison première de l'arrangement fonctionnel des appareils. La fibre du muscle ne nous explique, par la propriété qu'elle possède de se raccourcir, que le phénomène de la contraction musculaire; mais cette propriété de la contractilité, qui est toujours la même, ne nous apprend pas pourquoi il existe des appareils moteurs différents, construits, les uns pour produire la voix, les autres pour effectuer la respiration, etc.; et dès lors ne trouverait-on pas absurde de dire que les fibres musculaires de la langue et celles du larynx ont la propriété de respirer? Il en est de même pour les fibres

et cellules cérébrales ; elles ont des propriétés d'innervation et de conductibilité ; mais on ne saurait leur attribuer pour cela la propriété de sentir, de penser ou de vouloir.

Il faut donc bien se garder de confondre les propriétés de la matière avec les fonctions qu'elles accomplissent. Les propriétés de la matière n'expliquent que les phénomènes spéciaux qui en dérivent directement. Dans les œuvres de la nature et dans celles de l'homme, les propriétés matérielles ne restent point isolées, elles sont groupées dans les organes et dans les appareils qui les coordonnent dans un but final de fonction.

En un mot, il y a dans toutes les fonctions du corps vivant, sans exception, un côté idéal et un côté matériel. Le côté idéal de la fonction se rattache par sa forme à l'unité du plan de création ou de construction de l'organisme, tandis que son côté matériel répond, par son mécanisme, aux propriétés de la matière vivante. Les types des formations organiques ou fonctionnelles des êtres vivants sont développés et construits sous l'influence de forces qui leur sont propres ; les propriétés de la matière organisée se rangent toutes, au contraire, sous l'empire des lois générales de la physique et de la chimie ; elles sont soumises aux mêmes conditions d'activité que les propriétés de la matière minérale, avec lesquelles elles sont en relations nécessaires et probablement équivalentes.

Les manifestations de l'intelligence ne constituent pas une exception aux autres fonctions de la vie ; il n'y a aucune contradiction entre les sciences physiologiques et métaphysiques ; seulement elles abordent le même problème de l'homme intellectuel par des côtés opposés. Les sciences physiologiques rattachent l'étude des facultés intellectuelles aux conditions organiques et physiques qui les expriment, tandis que les sciences métaphysiques négligent ces relations pour ne considérer les manifestations de l'âme que dans la marche progressive de l'humanité, ou dans les aspirations éternelles de notre sentiment.

Nous croyons donc pouvoir conclure qu'il n'y a réellement pas de ligne de séparation à établir entre la physiologie et la psychologie.

La physiologie, comme nous l'avons dit en commençant, remonte naturellement vers les sciences philosophiques, et elle sert de point d'appui immédiat à la psychologie. Elle est appelée en outre à concourir au bien-être physique de l'homme, en devenant la base scientifique de l'hygiène et de la médecine ;

dans cette direction, la physiologie expérimentale se constitue rapidement et prend sa place parmi les sciences définies. »

5° *L'article* 8 *de la loi sur les aliénés* ; par M. Bleynie (*Revue médicale de Limoges*, août 1869).

M. Bleynie trouve la loi de 1838 insuffisante, notamment en ce qui concerne les placements volontaires; il voudrait qu'au lieu d'être signé par un seul médecin, le certificat à fin d'admission le fût toujours par trois au moins. Si les adversaires de la loi de 1838 ne demandaient pas d'autre modification, je ne verrais pas grand inconvénient à leur accorder immédiatement satisfaction à cet égard.

L. LUNIER.

JOURNAUX BELGES.

Année 1869.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles.

27e année.

1° *Quelques mots à propos du delirium tremens alcoolique ;* par M. le Dr Desmet (juin).

Se fondant sur ce que l'expectation et des soins intelligents suffisent le plus souvent pour obtenir la guérison et sur les accidents graves que détermine parfois l'emploi d'une médication active, M. Desmet conseille de se contenter, dans le traitement du delirium tremens alcoolique, d'entretenir la diaphorèse par le séjour au lit et l'application de cataplasmes chauds sur les pieds, les jambes et l'épigastre et de donner pour boisson de l'eau froide, et en cas de vomissements opiniâtres, de la gelée de groseille.

Nous croyons, en effet, que dans la plupart des cas ce traitement est parfaitement suffisant ; mais il est quelquefois nécessaire de recourir à des moyens plus énergiques.

2° *Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée ;* par M. Lacassagne (juillet) (extr. du *Journal de pharmacie et de chimie*).

I. — La succession des phénomènes produits par les anesthé-

siques peut être considérée comme formant quatre périodes distinctes :

1° Action locale ;

2° Action intime ou psychique ;

3° Prédominance des actions réflexes ;

4° Période de cadavérisation.

II. — L'anesthésie est une ivresse provoquée. Les effets des anesthésiques sont comparables à ceux de l'alcool. Ils sont de même nature. Ils diffèrent par la quantité et non par la qualité. Tous les anesthésiques produisent des effets semblables. Leur promptitude et leur profondeur d'action tiennent à leur nature chimique.

III. — L'anesthésique s'interpose entre les pôles des molécules, les écarte ; mais il n'est pas stable, l'économie s'en débarrasse. Chaque anesthésique a sa manière particulière de s'interposer entre les molécules, d'y rester plus ou moins longtemps. C'est ce qui explique leurs effets différents.

IV. — Il y a en outre un autre mode d'action sur les cellules ou fibres cérébrales. Le chloroforme, tous les anesthésiques puissants ou dont les effets sont très-prompts, agiront souvent ainsi. Il y a arrêt sur place, catalepsie, pour ainsi dire, des fibres cérébrales. Un mouvement commencé est ainsi enrayé. Si l'action de l'anesthésique est supprimée aussi vite qu'elle est survenue, ces fibres reprendront naturellement le mouvement qu'elles étaient en train de faire. Il y a donc disparition de la conscience avant l'action complète et prolongée des anesthésiques. Au réveil, l'intelligence reparaît et continue la série de ses manifestations, interrompues par l'anesthésique.

V. — Nous admettons trois grands centres superposés l'un à l'autre, placés pour ainsi dire suivant une progression décroissante, ou échelonnés, selon leur degré d'importance, au point de vue de la vie elle-même de l'être. Au-dessus de tout, *le moi* ; puis au-dessous, les instincts avec les facultés de second ordre, ensuite la moelle. Les ancsthésiques, par leur mode d'action, donnent raison à cette manière de voir. Ils agissent d'abord sur le *moi ;* l'individualité est atteinte, et la perte de la sensibilité est accompagnée de la perte des mouvements volontaires. Puis, leur action porte sur les instincts ; et enfin ils s'attaquent à la moelle, aux fonctions nécessaires à l'existence.

VI. — C'est ainsi que la mort peut arriver. Les individus anesthésiés peuvent mourir par syncope ou par asphyxie. Si la mort arrive au commencement d'une anesthésie, ou dans

le cours de celle-ci, alors que le sentiment du *moi* n'est pas encore annihilé, il faut l'attribuer à une syncope. Si la mort arrive plus tard, on pourra presque toujours accuser l'asphyxie.

On peut, pour faciliter l'étude des modifications qu'éprouvent les facultés intellectuelles, les faire rentrer dans quatre catégories distinctes.

VII. — *Conservation complète de l'intelligence.* — Les cas de conservation complète de l'intelligence, du *moi*, sont impossibles quand l'anesthésique est bien administré.

L'attention a une très-grande influence (pour retarder l'anesthésie du *moi*), surtout avec les anesthésiques dont l'action sur le cerveau exige un certain temps pour se manifester. Avec le chloroforme, que nous prenons toujours comme type des anesthésiques puissants, ces cas sont impossibles.

VIII. — *Intelligence conservée, puis modifiée.* — La plupart des cas rentrent dans cette catégorie. L'individu résiste d'abord, puis forcément son attention faiblit, et, dès lors, les facultés cérébrales, qui paraissaient n'attendre que ce moment, s'égarent et disparaissent : l'association des idées, la comparaison, le jugement s'en vont ainsi les uns après les autres. La mémoire persiste la dernière. (J'ajoute entre parenthèses la raison de ce fait qui n'est pas dans les conclusions, mais qui est dans le corps du mémoire, à savoir, que cette persistance de la mémoire tient à ce qu'elle est la plus instinotive de nos facultés intellectuelles.)

Le premier sommeil est surtout accompagné de rêves, fréquents avec l'éther, rares avec le chloroforme. Ces rêves se développent sous l'influence des mêmes causes qui font naître les songes du sommeil ordinaire. Ils sont, d'après leur mode de production, sensoriaux, extra-crâniens ou encéphaliques. Quant à leur caractère, ils sont en rapport avec les habitudes, les travaux, les professions, certains sentiments ou certaines passions des individus anesthésiés.

.

Les dernières impressions ressenties par le malade au moment de l'annihilation de la conscience influent sur le caractère du rêve. On peut avoir au réveil la continuation d'un rêve commencé pendant l'anesthésie. Les malades oublient complétement qu'ils ont été anesthésiés ou interprètent mal les sensations qu'ils ont éprouvées. La notion du temps, l'idée de durée n'existent plus.

IX. — *Intelligence pervertie puis annihilée.* — L'action de

l'anesthésique se fait promptement sentir; les individus sont disposés aux rêves encéphaliques; ils sont souvent bavards ou turbulents.

X. — *Intelligence, moi, annihilés d'emblée.* — Il y a annihilation immédiate, foudroyante des facultés psychiques. Ces cas sont fréquents chez les enfants, chez les personnes qui résistent peu ou qui absorbent avec facilité l'anesthésique qu'on leur donne. Le chloroforme agit souvent ainsi.

On peut anesthésier des personnes endormies; et la transition entre ces deux sommeils peut être assez insensible et assez douce pour ne pas leur faire comprendre ce changement. Au réveil, elles ne se douteront pas de tous les événements qui auront pu se passer pendant leur nouveau sommeil.

XI. — Au réveil du sommeil anesthésique, les facultés psychiques se présentent dans un ordre inverse à leur disparition. L'intelligence peut revenir au milieu d'une opération et alors que la sensitivité est abolie. C'est le phénomène dit intelligence de retour. Les individus peuvent rester dans cet état assez longtemps. S'ils sont de nouveau anesthésiés, ils ont tout oublié au réveil.

.

Parfois, les individus anesthésiés paraissent au réveil être dans le cas des aphasiques. Cet embarras dans le mécanisme cérébral peut durer assez longtemps.

L'usage trop fréquent, l'abus des anesthésiques, peuvent conduire à la perte des facultés mentales ou à un abrutissement comparable à celui des fumeurs d'opium.

XII. — La volonté est vite supprimée par les anesthésiques, car le phénomène qui doit la constituer (moi, sensibilité psychique) n'est plus possible.

Quand les plus hautes fonctions des centres nerveux sont abolies, les mouvements dits réflexes apparaissent dans toute leur force et dans toute leur variété. Les cris, les plaintes, les signes extérieurs de la douleur, caractérisés comme réflexes, se produisent rarement dans l'anesthésie, surtout quand celle-ci est produite par le chloroforme. Ils tiennent à une anesthésie trop faible ou mal dirigée.

Les sujets anesthésiés qui paraissent souffrir pendant les opérations, et qui déclarent ensuite n'avoir rien senti, ont souffert réellement. Il n'y a pas eu douleur, élaboration intellectuelle, mais douleur résultante, organique et inconsciente des tissus attaqués. Ils n'ont pas oublié leur douleur, comme

on l'a dit. Le jugement et la mémoire n'existaient pas.

XIII. — Les anesthésiques portent d'abord leur action sur la sensibilité. Ils l'excitent, l'émoussent ou la faussent. Ils agissent ensuite sur la sensitivité ; celle-ci, moins fragile et comme inhérente aux tissus, résiste davantage.

Tous les points de la peau ne sont pas anesthésiés en même temps. Cela tient aux divers degrés normaux de la sensitivité de ces parties.

Les tissus érectiles du corps conservent leur propriété essentielle assez longtemps et la reprennent très-vite.

Des attouchements directs sur les organes génitaux ou des manœuvres externes dans leur voisinage peuvent provoquer l'érection, alors que l'anesthésie n'est pas complète.

La sensitivité indiquée par le globe de l'œil est le meilleur guide pour le chirurgien. D'après elle, il sait si l'anesthésie est légère ou profonde.

Quand les individus sont longs à se réveiller, il suffit de les appeler très-haut par leur nom pour les faire sortir aussitôt de leur torpeur.

La sensibilité supérieure revient ordinairement la première, la sensitivité ensuite. Parfois un sommeil naturel succède sans transition à l'anesthésie.

3° *Une colonie d'aliénés* ; par M. le Dr Lentz (sept., nov. et déc.).

« Plus d'asiles d'aliénés à proximité des centres de population, ni dans les localités populeuses. »

« Eriger ces établissements dans des conditions de situation et d'organisation telles, qu'ils puissent toujours devenir le centre d'une colonie dont l'extension ne puisse être limitée que par le défaut de pensionnaires. »

Telles sont les deux propositions formulées par M. Lentz comme résumé des considérations qu'il a présentées dans son excellent mémoire.

Nous nous associons volontiers à ces conclusions, sous certaines réserves cependant, en ce qui concerne la seconde ; mais nous ne pouvons accepter sans protestation quelques-unes des assertions de l'auteur.

Il n'est point exact, par exemple, de dire que la médecine mentale n'a pas progressé depuis Pinel et Esquirol. Emettre une pareille assertion, c'est méconnaître les travaux impor-

tants des Conolly, des Leuret, des Guislain, des Calmeil, des Parchappe, des Baillarger et de tant d'autres, et les améliorations considérables qui ont été apportées presque partout, depuis une trentaine d'années, dans les établissements consacrés au traitement des aliénés.

Il eût été plus juste de dire que de nos jours, comme du temps d'Esquirol, la plupart des médecins, même des plus instruits, négligent complétement l'étude des maladies mentales ; sous ce rapport, je le reconnais, il reste beaucoup à faire, en France aussi bien qu'en Belgique.

M. Lentz s'est montré bien sévère pour les asiles d'aliénés de la Belgique : assurément la plupart laissent beaucoup à désirer, quelques-uns même devraient être supprimés ; mais il en est un certain nombre qui présentent des conditions relativement satisfaisantes, en dehors même de l'hospice Guislain, que M. Lentz ne trouve plus déjà à la hauteur de la science et de la colonie de Ghéel qui réalise son idéal.

Que M. Lentz condamne l'*asile fermé* tel qu'on le concevait il y a trente ans, rien de mieux ; mais il a tort, selon nous, de se montrer presque aussi sévère pour la *ferme-asile*. Nous sommes loin assurément d'approuver sans réserve l'organisation des fermes-asiles, telles quelles ont été conçues dans plusieurs de nos départements ; il est possible même, comme le croit M. Lentz, que dans quelques établissements, les annexes agricoles aient été créées en vue des produits à réaliser plutôt que dans l'intérêt des malades ; mais il ne faut pas oublier les difficultés considérables, financières et autres, contre lesquelles il a fallu lutter pour transformer sous ce rapport le service des aliénés sur lequel, d'ailleurs, l'administration centrale, en France encore plus qu'en Belgique, n'a malheureusement qu'une autorité fort restreinte, surtout depuis 1866.

Quoiqu'il en soit, la ferme-asile bien conçue, établie à une certaine distance de tout centre populeux, sur une vaste étendue de terrains achetés à bas prix, constitue une amélioration considérable.

A la ferme-asile, M. Lentz préfère la colonie de Ghéel, non pas telle qu'elle est encore, mais telle qu'il la voudrait et que nous la concevons nous-même ; mais une pareille colonie est bien difficile, sinon impossible à créer de toutes pièces. Il y aurait peut-être lieu cependant d'en faire l'essai et nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui condamnent absolument le système de traitement et d'assistance dont la colonie de

Ghéel nous offre à peu près l'unique exemple. Je reviendrai prochainement sur cette importante question.

Il faut reconnaître du reste que le traitement familial tel qu'on le pratique à Ghéel a trouvé dans M. Lentz un très-habile défenseur; il est difficile d'en mieux faire ressortir les avantages et d'en pallier les inconvénients.

4° *Rapport sur le travail précédent*, présenté à la Société royale des sciences médicales de Bruxelles; par M. le Dr Bougard (août).

M. le Dr Bougard apprécie comme nous le travail de M. Lentz.

Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand.

35e année.

1° *Traitement du somnambulisme simple.* (Ext. de la *Gazetta medica Veneta*) (mars).

« Chaque soir, au moment de se coucher, le somnambule doit s'appliquer autour d'une jambe un ou deux tours d'un fil de cuivre mince, flexible et assez long pour pouvoir être mis en communication avec le sol de la chambre : le matin le fil conducteur est enlevé. Tel est le moyen de traitement très-simple que M. le professeur Pellizzari, de Florence, a mis en usage sur dix-huit somnambules. Chez quelques-uns de ces malades, le fil de cuivre a agi parfaitement comme moyen préventif, chez d'autres il a guéri radicalement le somnambulisme. La propriété que possède le fil de ce métal de dissiper promptement le somnambulisme magnétique, et l'hypothèse rationnelle que ce moyen pourait dissiper aussi le somnambulisme spontané, ont engagé l'auteur à expérimenter la méthode dont il s'agit et qui, il faut l'avouer, lui aurait donné de magnifiques résultats. »

2° *Observation d'une forme de contracture hystérique produisant le pied-bot varus*; par le Dr Boddaert; *rapport sur cette observation*, par le Dr Ingels (juin et juillet).

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, devenue hystérique à 15 ans, à la suite d'une vive frayeur. Le 15 septembre 1868, pendant la menstruation, elle est prise tout à coup d'une

contracture de certains muscles de la jambe gauche et le pied prend la forme qu'il présente dans le varus. Le triceps crural, mais surtout le tibial antérieur, font saillie sous la peau. Le tendon du jambier antérieur se dessine comme une corde tendue, celui du jambier postérieur fait également saillie, enfin le relief du tendon d'Achille est plus marqué que d'habitude; la peau de la face dorsale du pied et de la jambe, à la hauteur de 3 cent. environ au-dessus du cou-de-pied, est dans un état complet d'analgésie et d'anesthésie et moins chaude qu'à l'état normal.

Une première fois déjà, deux ans auparavant, la malade avait éprouvé des accidents analogues; mais alors une légère pression suffisait pour redresser le pied et la faradisation des muscles péronniers avait fait disparaître rapidement tous les accidents. Cette fois il n'y avait plus paralysie des péronniers, mais contracture des muscles opposés; la faradisation ne fit qu'augmenter le mal et il fallut, pour redresser le pied, recourir à l'application de ventouses scarifiées sur le trajet des muscles tibial antérieur et triceps.

Cinq mois après, toujours pendant l'écoulement menstruel, il se forma de nouveau un pied-bot équino-varus spasmodique dont les ventouses eurent encore une fois facilement raison.

M. Boddaert croit pouvoir établir, d'après la succession des phénomènes, que les contractures éprouvées par sa malade étaient dues à une action réflexe qui se serait produite sous l'influence de l'excitation exercée sur la moelle par l'utérus et il paraît disposé à en conclure que l'hystérie a surtout son siége dans la moelle épinière.

L'examen de cette question nous entraînerait beaucoup trop loin.

3° *Deux cas de rage;* par MM. Canterman et Van Stappen; *rapport sur ces deux faits,* par M. Van der Meersch. Discussion (juillet, août et septembre).

4° *Autopsies faites à l'hospice Guislain de mai* 1856 *à déc.* 1865; par M. le Dr Ingels (juillet, août, septembre et octobre.)

Les malades dont M. Ingels rapporte l'observation étaient atteints :

3 de mélancolie suicide.
1 — agitante sans délire.
1 — — avec refus de manger.
1 — — avec délire.
1 — délirante.
1 — extatique.
21 de manie.
6 de paralysie générale.

Ce travail, très-consciencieux d'ailleurs, n'est pas susceptible d'analyse; et comme d'un côté les cas observés, bien que rattachés à la même forme générale de délire, offraient des différences notables sous le rapport des symptômes et de la durée de la maladie ; que d'un autre côté, les lésions trouvées à l'autopsie étaient également très-variables, M. Ingels n'a pu tirer aucune conclusion de ses recherches. Il a seulement constaté la fréquence de la phthisie chez les mélancoliques et sa rareté relative, au contraire, chez les maniaques.

5° *Leçons cliniques sur la dyspepsie nerveuse*; par M. A. Pellock (août). Extr. de *The Lancet*.

La dyspepsie nerveuse est presque toujours produite par des causes débilitantes, très-communes chez les femmes; elle affecte chez elles une gravité qu'elle ne présente pas chez les hommes. Les femmes en sont surtout affectées à l'époque de l'âge critique. La dyspepsie nerveuse, quoique moins fréquente, n'est pas cependant très-rare chez les hommes; elle s'associe souvent chez eux avec certaines formes d'hypochondrie.

Les symptômes de la dyspepsie nerveuse se joignent souvent à ceux de l'hystérie : ces derniers, d'ailleurs, sont parfois le résultat des troubles digestifs dont la disparition amène en même temps la cessation des phénomènes hystériques

Les symptômes nerveux sont du reste très-variés : du découragement, de l'abattement, des craintes sans motifs, un sentiment indéfinissable de quelque malheur éminent, des bouffées de chaleurs et des frissons. La malade est impressionnée par le bruit que l'on fait autour d'elle, la foule la rend nerveuse; elle accuse souvent des douleurs avec sentiment de chaleur au sommet de la tête; elle entend des bruits étranges, éprouve à l'estomac et dans le ventre des sensations singulières, comme s'il y avait quelque chose de vivant; es menstrues sont assez souvent irrégulières.

Le traitement à employer consiste, selon les cas, dans l'administration du carbonate d'ammoniaque, de l'ipécacuanha, de la rhubarbe, du bicarbonate de potasse, de la teinture de valériane, de l'aloès, de l'asa fœtida et vers la fin, de la quinine. Mais il faut surtout surveiller le régime, qui doit être à la fois léger et nourrissant

6° *Thrombose des sinus crâniens;* par le Dr G. Luguenier (août). Extr. du *Nederl. tijdschr. voor geneeskunde.*

La symptomatologie de la thrombose des sinus crâniens était encore à faire : M. Luguenier l'a entrepris.

Dans le jeune âge, la thrombose se déclare chez les enfants âgés de onze jours à douze semaines, mal nourris, privés du sein ou affectés de diarrhée grave avec dyspepsie. Chez tous, il y eut collapsus rapidement développé; les contractions cardiaques étaient faibles, par suite la pression du sang dans les veines était augmentée et l'hématose altérée. Quand, dans ces circonstances, la diarrhée et les vomissements continuent, on voit les fontanelles se fermer et les os crâniens chevaucher les uns sur les autres. Les convulsions générales se montrent plus rarement que la paralysie; il y a aussi raideur tétanique du cou et même opisthotonos. Communément l'affection se termine par le coma.

Un signe capital pour le diagnostic, c'est la cyanose survenue rapidement et localisée dans la région comprise entre les tempes et l'oreille. Dans le cas de thrombose des sinus transverses d'un côté, il y a moins de sang dans la jugulaire externe de ce côté.

Les effets de cette affection sur la circulation cérébrale sont très-intéressants. Les petits vaisseaux de la pie-mère et du cerveau sont fortement distendus par le sang; il y a de l'œdème et des épanchements cérébraux. Jusqu'ici tout traitement a été inutile.

Chez les adultes, la thrombose des sinus a été observée dans des affections très-diverses (psychoses, démence, paralysie), mais ayant toutes pour caractère commun la faiblesse des contractions cardiaques et la gêne dans la circulation cérébrale de retour. On l'observe surtout de 50 à 60 ans. Elle siége ordinairement dans le sinus longitudinal et dans le sinus transverse; comme élément de diagnostic, la paralysie croisée est d'une grande importance. Dans le cerveau atrophié de certains aliénés, la thrombose des sinus passera souvent inaperçue, parce qu'à

cause de l'atrophie, les effets de la congestion seront moins sensibles. Les symptômes du côté de la motilité, les convulsions et la paralysie tantôt existent, tantôt manquent complétement; les altérations de la sensibilité ne sont pas constantes non plus; il en est de même de la céphalalgie et des vertiges. Au début, il y a des signes d'irritation qui disparaissent pour faire place au coma lorsque la congestion cérébrale se déclare. A ce moment aussi les pupilles qui, au début, étaient rétrécies, se dilatent; la dilatation existe du côté où se trouve le thrombus et s'explique par des épanchements sanguins de la base du cerveau. Comme chez les enfants, on observe, au moins dans la majorité des cas, la cyanose générale ou locale, la distension collatérale des veines de la face, l'inégalité du volume des jugulaires externes. La thérapeutique est nulle.

7° *Traitement de l'insomnie chez les aliénés*; par Max Leidesdorf (août). Ext. de l'*Allg. Wiener med. Zeitung*.

L'insomnie complète ou incomplète est un symptôme très-fréquent dans toutes les formes et dans toutes les périodes de l'aliénation mentale; elle a d'ailleurs pour effet d'augmenter l'excitation, la confusion des idées, les angoisses, les hallucinations. Il est donc important d'en obtenir la disparition. Voici les moyens que conseille à cet effet M. Leidesdorf:

Dans la mélancolie, notre savant confrère s'est bien trouvé de l'emploi de l'opium et des alcaloïdes, concurremment d'ailleurs avec le traitement général de la maladie; il prescrit l'opium à la dose de 0,05 à 0,10 par prise, une ou deux fois par jour. Si après trois jours il n'a pas obtenu d'effet hypnotique, il suspend la médication pendant quelques jours; ensuite il donne à la fois 0,10 d'opium, deux et même trois fois en un jour; si après 24 heures on n'a pas obtenu de résultat, il faut y renoncer.

M. Leidesdorf emploie de préférence la morphine, mais surtout la papavérine qui amène un sommeil plus tranquille et trouble moins les fonctions digestives Il donne cette dernière à l'état de sel, à la dose de 0,05 à 0,10 en 24 heures, en solution dans l'eau bouillante; il prescrit 30 cent. de sel pour 6 grammes d'eau, de façon que vingt gouttes (1 gr.) contiennent 5 cent. de sel papavérique. Pour les injections hypodermiques, il se sert d'une solution de 30 cent. de sel dans 3 gr. d'eau. L'action du médicament ne se fait sentir que 3 à 6 heures après l'ingestion. Comme la papavérine n'a pas

d'effets secondaires désagréables ou nuisibles, on peut en faire un usage prolongé.

Dans les formes maniaques, l'opium ne produit habituellement aucun effet calmant : il augmente plutôt l'excitation, si ce n'est dans le delirium tremens, le délire du rhumatisme aigu, et celui qu'on observe chez les anémiques.

M. Leidesdorf s'est bien trouvé, chez les maniaques privés de sommeil, des bains prolongés avec fomentation sur la tête, du tartre stibié, et quand le pouls est accéléré, de la digitale.

Dans les cas où il y a hypérémie évidente avec excitation, M. Leidesdorf emploie avec succès le bromure de potassium à hautes doses; nous nous en sommes également bien trouvé dans plusieurs circonstances.

Chez les maniaques, la papavérine produit à peu près les mêmes effets que la digitale associée aux bains prolongés; elle est donc assez souvent indiquée.

8° *Epilepsie ancienne guérie à la suite d'une brûlure très-étendue*; par Pearson (août). Ext. du *Med. and surg. Reporter.*

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, épileptique depuis l'enfance. Les accès revenaient en général tous les deux mois et à chaque fois pendant plusieurs jours. En janvier 1864, le malade, au moment d'une de ces attaques, tombe dans un feu ouvert et se fait de larges brûlures aux mains, aux bras, à la poitrine et au cou; la cicatrisation ne fut complète qu'après une longue suppuration des plaies. Depuis cet accident, c'est-à-dire depuis quatre ans, le patient n'a pas eu une seule attaque. Antérieurement, il pouvait s'attendre à voir les crises survenir dès qu'il buvait un peu plus que de coutume; aujourd'hui il fait impunément des excès de boissons.

9° *Considérations sur la nostalgie*; par M. le Dr Aug. Jansen (oct.).

Ce travail, bien fait d'ailleurs, n'est pas susceptible d'analyse; il contient cinq observations inédites qui ont pour titre :

I. Nostalgie, phthisie aiguë; mort.

II. Nostalgie, marasme; guérison.

III. Nostalgie, fièvre typhoïde, hémorrhagies abondantes, paralysie amyotrophique, etc.; guérison.

IV. Nostalgie, ictère, fièvre typhoïde, bronchite capillaire; guérison.

V. Pleurésie traumatique, hépatite, otite interne, nostalgie, otalgie; guérison.

10° *Résumé des recherches récentes sur la structure intime du système nerveux*; par M. E. Claparède (oct.). Ext. de la *Bibliothèque universelle de Genève*.

Bien que cette analyse laisse à désirer sous plusieurs rapports, nous croyons devoir la reproduire intégralement :

« Une série de travaux remarquables tend à modifier profondément nos idées sur la structure intime des éléments du système nerveux. Les résultats de ces nouvelles recherches sont exprimés, de la manière la plus décidée, dans les contributions fournies par M. Max Schultze au traité d'histologie qui se publie dans ce moment sous la direction de M. Stricker. D'après les résultats concordants de ces diverses recherches, les éléments constitutifs des fibres nerveuses seraient des *fibrilles primitives*, filaments fort déliés, reconnaissables seulement à l'aide d'un grossissement de huit cents diamètres au moins. Par leur agrégation, ces fibrilles primitives forment les faisceaux connus jusqu'ici sous le nom de cylindres d'axe nus. Ces faisceaux peuvent s'entourer d'une tunique médullaire et d'une gaîne de Schwann, pour constituer les fibres nerveuses connues de chacun. A cette découverte importante sont attachés des noms marquants dans l'histologie, car, outre celui de M. Max Schultze, il faut signaler ceux de MM. Frommann, Babouchine, Arndt, Schwalbe et autres. Cette structure n'est d'ailleurs point restreinte aux fibres nerveuses, mais s'étend en outre aux cellules ganglionnaires.

La forme des cellules ganglionnaires n'avait pas été suffisamment étudiée jusqu'ici. Dans l'écorce cérébrale, MM. Meynent, Arndt, Koschennikoff et d'autres trouvent aux cellules ganglionnaires une forme constamment pyramidale. La base des pyramides est toujours dirigée vers le centre et le sommet vers la périphérie. De ce sommet part un prolongement plus gros que tous les autres, mais sur le sort duquel les histologistes ne sont pas d'accord.

Les recherches sur le développement histologique du système nerveux pourront peut-être jeter un jour nouveau sur la nature des éléments constitutifs de ce système. Les histologistes sont en particulier loin d'être d'accord sur la trame granuleuse du système nerveux central, trame à laquelle on a donné des noms divers, tels que ceux de *reticulum*, de *nevroglia*, de *glia*, etc. Les uns y voient une substance nerveuse, les autres une variété du tissu connectif. M. Besser a le premier

cherché à vider la question par l'étude des éléments nerveux cérébraux chez le nouveau-né. Il a trouvé qu'au moment de la naissance le développement de la nevroglia est énorme et que ce tissu, composé de nucléus et d'un réseau de fibrilles granuleuses, devient, par ses transformations, la souche de tous les éléments qu'on trouve plus tard dans le cerveau. La différenciation des éléments nerveux est précédée partout de la formation des vaisseaux capillaires sur une grande échelle. Les noyaux des cellules nerveuses sont le résultat d'une transformation des nucléus de la glia ; le corps même des cellules résulte d'une transformation de réseaux fibrillaires de cette même glia, qui sont aussi l'origine des cylindres d'axe des fibres nerveuses.

Un tel mode de formation ne laisse point de place pour une membrane propre de cellules nerveuses. D'ailleurs, la plupart des histologistes actuels n'hésitent pas à la proscrire. Ce mode de génération rend compte de la structure fibrillaire que tant d'auteurs, surtout depuis les travaux de Frommann et de Beale, ont reconnu dans les cellules ganglionnaires des régions les plus diverses du système nerveux. Cette structure n'est nullement le résultat d'une coagulation produite par les réactifs employés, car elle est plus facile à reconnaître dans les préparations fraîches que dans celles qui ont été durcies par des procédés divers. Les prolongements naissant de ces cellules généralement multipolaires, ne sont que des faisceaux de fibrilles primitives.

Quelques-uns de ces faisceaux s'unissent-ils directement avec le noyau de la cellule ganglionnaire ou non? Cette question préoccupe beaucoup aujourd'hui les histologistes. Harless l'a résolu par l'affirmative, il y a déjà plus de vingt ans, à la suite de recherches sur l'organe électrique de la torpille. Puis vinrent MM. Axmann, Lieberkühn, Guido Wagner, Owsjannikow, qui soutinrent aussi, de la manière la plus positive, l'union de fibrès nerveuses avec les noyaux de cellules ganglionnaires. Ils trouvèrent, il est vrai, d'ardents contradicteurs dans Reid, Wagner et MM. Valentin et Stelling, qui ont fait accepter par la majorité des histologistes l'absence de toute relation directe entre le noyau des cellules et les fibres ou prolongements naissant du corps de ces cellules. Cependant, en 1864, M. Frommann fit revivre la discussion par ses recherches sur les cellules motrices de la région lombaire de la moelle. Il décrivit tout un système de fibres, les unes plus fines, les autres plus grosses,

qui non-seulement aboutissent au noyau, mais encore pénètrent dans celui-ci jusqu'au nucléole. Selon cet auteur, des filaments très-fins, qu'il appelle *filaments nucléolaires* (Kernkörperchenfäden), traversent le noyau pour se répandre dans le corps de la cellule; une partie d'entre eux seraient enveloppés d'une sorte de gaîne fournie par un prolongement de nucléus, gaîne qu'il appelle par suite *tube nucléaire* (Kernrohre). Peu de temps après, M. Arnold publia des observations très-analogues, relatives aux cellules ganglionnaires du sympathique chez les grenouilles. MM Hensen, Kollmann, Arnstein, Courvoisier, Guy et Bidder ont observé également ces filaments dans les cellules du sympathique. D'un autre côté, M. Arndt, qui a vu aussi une sorte de fil en communication avec le nucléus, prétend qu'il ne naît pas du nucléus lui-même, mais d'une zone plus claire qui enveloppe celui-ci. L'union de ce filament avec le nucléole serait alors une simple apparence résultant d'une illusion d'optique. C'est ce que semble avoir déjà compris Harless dès l'année 1846. « La fibre nerveuse, disait-il, ne pénètre jamais dans la cellule ganglionnaire par le plan d'un plus grand cercle de celle-ci; mais elle décrit toujours un petit arc pour se rendre au nucléus; aussi lorsqu'on place ce dernier au foyer, voit-on toujours la section de la fibre se projeter comme un nucléole sur le nucléus. » Quoi qu'il en soit de toutes ces observations, la pénétration de fibres dans l'intérieur des cellules nerveuses semble moins inexplicable, aujourd'hui que le corps même de ces cellules est reconnu formé uniquement par des fibrilles extrêmement ténues, enchevêtrées en sens divers. La question promet d'ailleurs de n'être pas vidée de sitôt, car nous voyons aujourd'hui M. Grandry décrire, soit dans les cylindres d'axe, soit dans les cellules nerveuses elles-mêmes, des stries transversales qui peuvent être rendues très-distinctes par l'action du nitrate d'argent. Il y aurait ici une alternance régulière de deux espèces de disques, différents soit par leurs propriétés réfringentes, soit par leurs caractères chimiques. Comme M. Grandry ne nie point pour cela les fibrilles longitudinales, il est obligé d'admettre pour les nerfs une structure fort voisine de celle des fibres musculaires.

Les cellules ganglionnaires sont donc de véritables pelotons de fibrilles. On se demande involontairement avec M. Arndt si cette structure peut se concilier avec le rôle qu'on attribue d'ordinaire à ces organes. Jusqu'ici ces cellules ont passé pour les points centraux de toute irritation nerveuse, pour les foyers

qui donnent naissance à tous les phénomènes nerveux. Les découvertes dont nous venons de rendre compte ne permettent plus guère de les considérer que comme des points de concentration des irritations venant en sens divers, destinés peut-être à les transmettre en d'autres lieux. Dans l'état actuel de la science, la substance finement fibrillaire et granuleuse de la couche corticale du cerveau, et sans doute de toute substance grise, semble devoir être considérée comme un tissu essentiellement irritable. Les irritations de ce tissu sont transmises par les fibrilles jusqu'aux cellules ganglionnaires qui, après les avoir concentrées, les transmettent aux cylindres d'axe, auquels elles donnent naissance. C'est ainsi du moins que les choses doivent se passer pour les appels centrifuges de l'activité nerveuse. Mais il est clair que le mouvement doit avoir lieu en sens inverse pour les irritations centripètes. Ces irritations, accumulées dans les cellules nerveuses, sont distribuées par les prolongements de celles-ci à la matière fibrillaire et finement granuleuse de la substance grise. Cette matière paraît devoir jouer dorénavant un rôle important dans les théories physiologiques et il est urgent de lui donner un nom. Celui de « réseau fibrillaire terminal, » proposé par M. Stephany, est peut-être le meilleur. Bien que placé dans le centre nerveux, ce réseau est en effet terminal, en ce sens que tous les éléments nerveux finissent par y aboutir. Sans doute il ne faudrait point trop diminuer l'importance des cellules ganglionnaires, mais il faut convenir qu'elle a peut-être été exagérée. Dans les premiers jours qui suivent la naissance, il n'existe encore dans le cerveau aucune fibre nerveuse et aucune cellule ganglionnaire, mais seulement des éléments de la substance finement fibrillaire et granuleuse avec ses noyaux, et pourtant il y a, déjà à cette époque, transmission d'ordres du centre à la périphérie.

M. Arndt, le principal avocat de l'importance de la substance fibrillaire dans la couche corticale grise de l'encéphale, n'étend pourtant pas cette importance à tout le reticulum de la base de l'encéphale et de la moelle épinière. Il continue de regarder ce reticulum comme de nature conjonctive et, même dans celui du cerveau, il distingue des éléments nerveux et des éléments conjonctifs. M. Besser, nous l'avons déjà dit, décrit la névroglia, si développée chez l'enfant à sa naissance, comme produisant par la suite de son évolution, non-seulement les éléments nerveux, mais encore les vaisseaux de l'encéphale. Cette ma-

nière de voir est énergiquement repoussée par M. Arndt. D'après cet observateur, les vaisseaux de la couche corticale grise, comme ceux des hémisphères tout entiers, doivent leur formation à des cellules fusiformes, qui n'ont rien à faire avec les éléments nerveux proprement dits. La pie-mère cérébrale est une membrane de formation fort tardive, car elle n'existe pas encore comme telle au cinquième mois de la vie fœtale. Sa formation est en relation directe avec celle des vaisseaux. »

Annales de la Société de médecine d'Anvers.

30e année.

1° *Tétanos rhumatismal traité par les bains chauds prolongés*; par M. le Dr Zechmeister (janvier). Ext. du *Wien. Presse.*

M. Zechmeister laisse les malades plongés dans le bain pendant 18 à 24 heures : il a obtenu par ce moyen 64 cas de guérison.

2° *De la paralysie hystérique*; par M. le Dr Collineau (mai). Extr. du *Bulletin de la Société médicale du Panthéon.*

« La paralysie hystérique peut être générale ou partielle. Remarquable par l'instantanéité de son début, par son opiniâtreté et par les irrégularités de sa marche, elle a été signalée dès les premiers âges; mais c'est à la médecine contemporaine que revient l'honneur d'avoir bien décrit cette complication de l'hystérie.

L'anesthésie dégagée de toute autre manifestation paralytique, l'abolition de la myotilité, et la combinaison de ces deux types ont été étudiées par Piorry et Macario. M. Briquet, dans son traité de l'hystérie, et enfin M. Lebreton, dans sa thèse sur les différentes variétés de la paralysie hystérique, ont apporté sur cette question le tribut de leur expérience et d'un esprit hautement philosophique.

Les faits sont aussi nombreux que bizarres : l'absence de lésions anatomiques est étrange, autant que l'erraticité des manifestations paralytiques. La paralysie se présente aussi bien après des attaques violentes et réitérées que chez des individus délivrés depuis longtemps des paroxysmes de la névrose. Elle est plus fréquente du côté gauche, et les sens spéciaux sont habituellement atteints du même côté; le croisement n'existe que d'une manière fortuite. L'intensité varie du simple engourdis-

sement à l'abolition complète de la contractilité. Elle peut être abolie ou se conserver alternativement, selon que le membre supporte son propre poids ou qu'il en est soulagé. Certains malades peuvent maîtriser leurs mouvements, à condition d'y voir, et ne le peuvent plus dans l'obscurité.

La perversion de la sensibilité et celle de la contractilité s'observent le plus souvent réunies. L'anesthésie peut atteindre jusqu'aux muscles, qui deviennent insensibles à l'action faradique. Ces paralysies sont surtout remarquables par les péripéties de leur évolution ; M. Briquet a fait remarquer le rapport qui existe entre le spasme de l'hystérie et l'ébranlement nerveux que détermine une émotion violente ; dans ce cas, le rôle des influences morales est le premier. Une des plus curieuses observations rapportées à l'appui de cette opinion, est celle d'une femme hémiplégique qui pendant l'insurrection de juin suivit partout son mari, et retomba ensuite hémiplégique. Enfin, d'autres manifestations hystériques peuvent par substitution remplacer la paralysie, l'atténuer ou l'augmenter.

En présence de caractères cliniques si variables, l'observation microscopique reste nulle, et c'est un fait sur lequel insiste M. Collineau. Tous les auteurs ont cherché à pénétrer la raison anatomo-physiologique de ces désordres, et M. Collineau résume et discute ainsi qu'il suit les opinions qu'ils ont émises : Piorry, Macario, Leroy d'Etiolles pensent que la paralysie est due à la déperdition d'influx nerveux qui suit les attaques. Mais la paralysie se déclare chez des sujets délivrés depuis longtemps des troubles convulsifs, et des accès violents ou rapprochés peuvent la guérir. Brodie, Romberg, Winslow n'admettent pas la réalité de troubles dans l'innervation spinale, et pour eux c'est l'impulsion motrice qui fait défaut ou qui est trop faible. Jaccoud est du même avis, et pour lui la perte de l'excitabilité reconnaît le mécanisme physiologique de l'épuisement. Pour d'autres, la lésion est périphérique au lieu d'être centrale. Valérius admet un affaiblissement de la polarité électrique des muscles. Macario y voit une perte de l'influx nerveux dans les extrémités qui vont aux parties paralysées ; mais toutes ces théories ne rendent compte que d'un phénomène purement secondaire, d'un effet, et non de la cause qui le produit.

Eechman croit à une altération des centres nerveux; Niemeyer pense qu'il n'y a que des troubles de nutrition faciles

à réparer. Heurol, Reacde, Lebreton rattachent la paralysie à une lésion centrale ou périphérique, et sans rien expliquer, leur opinion est l'expression de la vérité. C'est l'observation clinique qui doit guider au milieu de ce dédale d'explications théoriques, et M. Collineau cherche à interpréter les faits qu'il a signalés. Il rappelle que parfois c'est une céphalalgie violente qui accompagne le début de la paralysie, que d'autres fois ce sont des accidents médullaires, et que M. Galezowski a trouvé une congestion très-prononcée de la rétine avec infiltration péripapillaire. Les émissions sanguines, le seigle ergoté, la galvanisation par le courant continu, l'hydrothérapie ont donné des guérisons. Ces faits militent en faveur d'une lésion centrale, mais on a observé que l'anesthésie musculaire cède aussi bien que l'anesthésie cutanée à la faradisation dont l'action s'exerce exclusivement sur les parties périphériques.

Quoiqu'il en soit, il existe un rapport direct entre la paralysie et le degré de la chlorose. Sur 29 observations qu'il a analysées, M. Collineau a vu que 17 malades étaient atteintes de chloro-anémie très-prononcée, et que 11 avaient un appauvrissement de toute l'économie. Chez 8, on a noté des tendances aux congestions passives. Les métrorrhagies, les hématémèses sont signalées plusieurs fois. On est frappé de la fréquence et de l'intensité des troubles circulatoires chez les hystériques paralytiques, et pour M. Collineau, les perturbations apportées par la chlorose dans les proportions du sang, et dans le rhythme de la circulation, rendent compte de cet épuisement nerveux qui amène les accidents paralytiques, et expliquent également la bizarrerie de leur évolution. Claude Bernard a démontré que dans toutes les aglobulies la circulation capillaire subit un trouble déterminé : le foyer central ou médullaire privé de sang est excité, et les nerfs vaso-moteurs le sont aussi : il en résulte la contraction permanente des artérioles, puis la fatigue, et les muscles vasculaires se relâchent. Il se produit alors un mouvement fluxionnaire déterminé par défaut de ressort. Il y a donc en dernier lieu un état congestif, et l'abolition de la fonctionnalité do l'organe, qu'il soit périphérique ou central, et la perturbation fonctionnelle prédomine dans les points où la perversion circulatoire est le plus marquée. Que les manifestations de cette perturbation fonctionnelle révèlent une lésion des cordons antérieurs ou postérieurs, ou des nerfs périphériques, le phénomène physiologique est le même. Il a pour origine l'aglobulie. Mais tout n'est pas là. Les travaux de Ro-

senthal sur la fonction respiratoire du bulbe ont démontré qu'elle s'exagère lorsque le sang porté au cerveau contient une portion d'oxygène insuffisante, et on peut avec Bouillaud admettre une semblable influence sur la fonction régularisatrice du cœur, M. Collineau recommande enfin de ne pas perdre de vue que la cause extraphysiologique sans cesse renaissante des perversions circulatoires chez les hystériques, c'est leur impressionnabilité excessive, et il est d'avis que l'on doit faire jouer aux lésions dynamiques de la chlorose un rôle primordial dans la genèse de la paralysie hystérique. »

3° *L'aimant contre les névroses* ; par le Dr Maggiorani (juin). Ext. du *Sud médical.*

Les phénomènes observés par M. Maggiorani, à la suite de l'application d'un aimant sur diverses parties du corps, ont été constatés déjà par un certain nombre de savants ; mais aucun d'eux, je crois, n'a songé à employer l'aimant comme moyen thérapeutique.

M. Maggiorani a obtenu, à l'aide de cet agent magnétique, la cessation d'une douleur sciatique ; un soulagement marqué dans un cas de névralgie faciale ; la disparition rapide d'un tremblement général qui persistait depuis quatre heures ; l'interruption d'accès convulsifs quotidiens ; la cessation de l'hystéralgie et de la rigidité douloureuse du cou chez un paraplégique, etc.

M. Maggiorani croit pouvoir affirmer que toutes les fois qu'une femme atteinte de convulsions reste insensible à l'influence de l'aimant, il existe chez elle quelque affection organique.

4° *Accidents cérébraux simulant la méningite, causés par des oxyures dans le rectum* ; par M. le Dr Vignard (juin). Ext. du *Journal de médecine de l'Ouest.*

L'enfant, âgé de 6 à 7 ans, présentait tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse, à part cependant la constipation qui était remplacée par une diarrhée tenace. Après avoir donné inutilement de la santonine et du calomel, M. Vignard eut l'idée d'administrer des lavements de suie. L'enfant rendit immédiatement une très-grande quantité d'oxyures et les accidents cérébraux disparurent en quelques heures.

5° *Affection cérébro-spinale à crises cataleptiques* ; par M. le Dr Kums (septembre).

Cette affection, bien que de nature continue, a présenté une première fois des crises quotidiennes qui ont été promptement arrêtées par le sulfate de quinine à hautes doses. On aurait donc pu la considérer comme une fièvre intermittente pernicieuse, et cela d'autant mieux qu'elle avait éclaté pendant une épidémie d'affections paludéennes ; mais lorsqu'elle reparut plus tard, les crises n'offraient plus aucune régularité quant à leur retour et à leur intensité, et elles disparurent d'ailleurs sans qu'on eut employé le sulfate de quinine. La nature paludéenne de cette affection est donc au moins douteuse.

Cette observation, outre la gravité des symptômes, offrit de particulier une dépravation du goût dépendant d'une forte acidité de la salive et un état cataleptique d'un seul bras pendant que les autres membres étaient dans une résolution complète.

Annales de l'Électricité médicale.

(10e année.)

1° *De la folie, au point de vue médico-légal* ; par M. Van Holsbeek (mai, juin, juillet, août, septembre et octobre).

Série d'articles commencés dans les fascicules de 1868 qui ne nous sont point parvenus. L'auteur les a d'ailleurs réunis en brochure in-8° sous le titre : *La folie, au point de vue médical et juridique*. Bruxelles, 1869.

2° *De la paralysie agitante et de son traitement par les courants continus constants* ; par M. le Dr Jules Chéron (octobre et novembre).

C'est à peu près le seul traitement qui paraisse avoir jusqu'ici donné des résultats un peu durables. Sur les sept cas traités par M. Chéron par les courants continus constants, les guérisons et les améliorations ont été d'autant plus durables que la maladie remontait à une époque moins éloignée.

L. Lunier.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbücher, organe de la Société impériale de médecine, à Vienne.

Année 1868.

1° *Revue de médecine mentale* (journaux anglais, français, allemands et russes), par le professeur Schlager.

2° *Revue de pathologie du système nerveux* (mêmes journaux); par le Dr Duchek.

3° *De la quantité d'eau contenue dans l'encéphale suivant l'âge, le sexe et les divers états pathologiques de l'organisme*; par le Dr Weislach.

Recherches très-complètes et très-consciencieuses, basées sur l'examen de 206 cerveaux, et dont voici les conclusions :

« 1° La quantité d'eau contenue dans le cerveau varie beaucoup suivant les diverses parties de l'organe; chez l'adulte, le maximum se trouve dans la substance grise, le minimum dans les couches centrales. Chez le nouveau-né, au contraire, ce sont ces dernières qui présentent le maximum; la répartition des éléments aqueux est beaucoup plus égale que chez l'adulte.

2° La quantité d'eau contenue dans le cerveau subit, suivant l'âge, des variations importantes. A son maximum à la naissance, elle diminue peu à peu jusqu'à l'âge de 20 ans, puis de là augmente constamment avec les années.

3° Chez l'homme, la quantité d'eau encéphalique est en somme plus considérable que chez la femme. Toutefois, quelques parties du cerveau font exception.

4° Les maladies produisent des variations considérables; en général, les affections aiguës augmentent la proportion d'eau, tandis que les chroniques la diminuent. Le typhus et la phthisie la font descendre au minimum, tandis que la méningite et l'hydrocéphalie chronique la font monter au maximum.

5° La quantité d'eau encéphalique est en raison directe du poids de l'organe; mais au-dessous de 1,100 grammes, la proportion est toujours plus considérable qu'au-dessus de ce poids.

6° La quantité d'eau est presque toujours en raison inverse

de la quantité de sang contenue dans l'encéphale. Il en est de même, mais toutefois pas d'une manière aussi constante, entre la consistance du cerveau et la quantité d'eau qu'il renferme.

4° *De l'importance du pronostic dans les affections mentales*; par Schlager.

Dire que le pronostic est d'une haute importance dans les affections mentales, n'est rien dire de nouveau, et ce n'est pas non plus cela que l'auteur entend. Il développe seulement cet axiome, en attirant l'attention sur une foule de facteurs auxquels les médecins pensent souvent lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic d'un cas d'aliénation. L'individualité physique et psychique, l'âge, le sexe, les conditions d'hérédité, les causes de la maladie, son développement, sa marche, sa durée, l'état du cerveau et de l'organisme tout entier, l'existence d'hallucinations et d'illusions des sens, des troubles de la sensibilité et de la motilité, le mode suivant lequel s'est produit la guérison, puis les circonstances extérieures du malade, sa position dans le monde, sa vocation, son entourage, l'effet probable sur son moral des mesures qui ont été prises à son égard pendant sa maladie, voilà tout autant de points qu'il importe de ne pas perdre de vue dans l'appréciation du pronostic. Dans tous les cas, il faut être très-prudent dans ses appréciations, et savoir tenir le juste milieu entre l'optimisme et le pessimisme; il faut surtout se garder de prononcer le mot d'incurabilité, aussi longtemps que celle-ci n'est pas positivement prouvée; car du pronostic dépendent dans bien des cas les mesures que la famille ou la société auront à prendre vis-à-vis de l'aliéné, auquel on peut faire un très-grand tort en posant le pronostic à la légère. De là dépendent les questions de capacité civile, d'internement, de curatelle, d'interdiction, puis plus tard de séquestration définitive ou de rentrée dans la société avec telles ou telles restrictions. L'aliénation est la maladie qui touche le plus directement à tous les intérêts matériels et moraux de la famille et de la société; il importe donc que toutes les questions qui se rattachent au pronostic soient, dans chaque cas, examinées dans toutes leurs conséquences.

Avec la science qu'on lui connaît, Schlager passe en revue les symptômes physiques et psychiques qui doivent guider le médecin dans la fixation du pronostic; mais le suivre dans

cette revue nous entraînerait trop loin, et nous nous sommes bornés à indiquer la pensée dominante de son travail.

Prager Vierteljahrschrift.

Année 1868.

1° *Etudes cliniques sur la chorée*; par Steiner.

Pour Steiner, la cause organique, l'essence de la chorée est une irritation de la moelle épinière qui peut être produite et entretenue par quatre groupes différents d'altérations organiques : l'anémie, l'hypérémie, des exsudations sanguines ou séreuses dans les méninges rachidiennes et enfin des néoplasmes de la moelle ou de ses enveloppes membraneuses et osseuses. — Les causes immédiates de la chorée seraient des lésions traumatiques (coups, chutes, etc.), la diathèse rhumatismale et enfin des conditions anomales de croissance et de développement de l'organisme, surtout aux époques de la dentition et de la puberté. Il y a en outre les causes lointaines, l'hérédité, les circonstances climatériques, les influences psychiques, etc. — Le traitement doit être institué d'après les circonstances particulières de chaque cas, en ayant égard aux causes directes et indirectes. Dans bien des cas (anémie), les ferrugineux rendent d'excellents services. Lorsque le rhumatisme est cause de l'affection, on emploiera avec succès la solution arsenicale de Fowler.

2° *De l'irritation mécanique du nerf vague chez l'homme*; par J. Czermak.

3° *Nouveau cas de porencéphalie*; par le professeur Heschel, à Graz.

Irrenfreund.

Année 1869.

1° *Les infirmiers dans les asiles.*

Le 12 juillet 1868, un malade de l'asile de Colditz, atteint de manie aiguë, mourut par suite de mauvais traitements que lui avait fait subir son infirmier; l'autopsie, faite sous les yeux de l'autorité, démontra plusieurs fractures des côtes et du sternum avec une violente pleurésie consécutive. Le direc-

teur de l'asile, le Dr Voppel, avec une franchise qu'on ne saurait trop louer, raconte le cas dans tous ses détails et après avoir clairement démontré que l'accident n'était pas dû à un défaut de surveillance de la part des chefs de service (le crime avait eu lieu pendant un concert qui avait réuni dans le jardin presque tout le personnel de l'établissement), étudie ce côté si important de la vie des asiles, la difficulté qu'il y a à se procurer de bons infirmiers. Pour lui, les individus qui font d'ordinaire le meilleur service sont les militaires qui ont fini leur service dans l'élite et il demande que ceux qui auraient montré des aptitudes spéciales comme infirmiers soient définitivement exemptés du service militaire par l'État, à condition de s'engager à rester dans l'asile un temps au moins équivalent à celui où ils auraient pu être appelés de nouveau sous les drapeaux. Un point essentiel, lorsqu'il s'agit d'engager un infirmier, est d'exiger de lui de *très-bons* certificats délivrés par une autorité digne de foi; trop souvent il arrive que les communes par exemple, pour se débarrasser d'un vagabond qui leur est à charge, lui donnent trop à la légère un certificat de conduite qui ne signifie en réalité rien du tout. Enfin il faut payer suffisamment les infirmiers et, après un certain nombre d'années de bons services, leur servir une pension qui les mette à l'abri du besoin pour leurs vieux jours. Cette perspective contribuera peut-être plus que toute autre chose à retenir dans l'asile des serviteurs consciencieux et dévoués. Il est également indispensable d'accorder aux infirmiers un nombre suffisant de congés, au moins une demi-journée chaque semaine pour ceux dont les familles demeurent dans le voisinage de l'asile, et une journée tous les quinze jours pour les autres; cela, il va sans dire, sans retenue de solde.

2° *Rapport médico-légal sur l'état mental de N.-R..., convaincu de tentative d'assassinat sur la personne de sa femme*; par le Dr Bernay.

Mélancolie avec manie de persécutions se développant peu à peu. R... est persuadé que sa femme lui suscite des ennemis; tout le monde lui en veut, etc. Angoisses précordiales, inappétence, insomnies. Enfin, après avoir maintes fois déjà fait à sa femme des menaces de mort, il s'empare un jour d'un fer à repasser et lui en assène plusieurs coups. Elle aurait certainement succombé, si des voisins n'étaient venus la secourir. Reconnu aliéné et acquitté par le tribunal, R... meurt un

an plus tard en état de démence complète dans un asile d'aliénés. — Notons comme intéressante contribution à la discussion sur les aliénés avec conscience qui vient d'avoir lieu au scin de la Société médico-psychologique, que la femme de R... lui ayant un jour conseillé d'aller consulter un médecin pour ses malaises moraux et physiques, celui-ci répondit : « Ce serait bien le meilleur moyen de me faire enfermer dans la maison des fous ! »

3° *De la valeur, au point de vue du pronostic, des différences de dilatation des pupilles chez les aliénés ;* par Nasse.

(Voy. *Annales médico-phychologiques ;* sept. 1870, p. 319.)

4° *Statistique de l'asile pour les incurables de Bunzlau en Silésie ;* par le Dr Keller.

Nous nous bornons à en extraire les faits les plus saillants. — Comme presque partout ailleurs, le nombre des aliénés célibataires est à Bunzlau bien plus considérable que celui des gens mariés : 271 contre 105 ; veufs 18, divorcés 9. Dans ces deux dernières classes le nombre des femmes est également bien plus considérable : 23 contre 4. — La folie épileptique est ordinairement envisagée comme incurable ; cependant deux cas furent suivis de guérison : l'un chez un jeune homme atteint de la névrose depuis l'âge de 14 ans, et l'autre chez une jeune fille de 14 ans, malade depuis quatre ans.

5° *De l'importance des asiles pour le traitement des maladies mentales ;* par le Dr Cramer, de Soleure.

Toutes les formes d'aliénation rentrent dans deux groupes principaux, et la limite qui les sépare n'est pas toujours bien tranchée ; elles commencent toujours soit par la douleur (mélancolie), soit par une joie exagérée (manie) ; mais dans presque tous les cas, la douleur précède la joie. C'est une perturbation dans le cours des conceptions qui produit ces mouvements maladifs de l'âme ; les conceptions sont ralenties dans la douleur, précipitées dans la joie. Un esprit fortement trempé résiste plus longtemps qu'un autre à ces perturbations, mais il finit cependant toujours par succomber aux efforts de la maladie, si on ne l'enraye pas. Cramer formule ainsi ses conclusions sur la nature de la folie :

1° Les troubles intellectuels sont les symptômes d'une

maladie cérébrale due essentiellement à l'hérédité et au malheur.

2° Toutes les formes de l'aliénation représentent un procès continu qui commence par la mélancolie et finit par la démence.

3° La mélancolie et la manie sont seules curables.

4° Le moment où les conceptions délirantes deviennent fixes marque la période de transformation en affaiblissement intellectuel et en démence.

On peut séparer les aliénés en trois grands groupes : les aliénés dangereux, les aliénés curables et les aliénés incurables inoffensifs.

Quels sont maintenant les droits et les devoirs de la société vis-à-vis de ces malheureux?

C'est, en premier lieu, un droit et un devoir pour la société de séquestrer les aliénés dangereux ; sur ce point, chacun est d'accord ; certains d'entre eux d'ailleurs sont curables et ce n'est que dans un asile qu'on pourra les guérir. Il en est de même des aliénés curables, sous quelque forme que se présente leur affection, depuis la simple mélancolie lucide jusqu'au délire le plus aigu. Ici un asile bien organisé réunit pour le traitement toutes les conditions voulues, auxquelles il est à peu près impossible de satisfaire dans une maison particulière; l'asile est donc un agent direct de guérison. L'ordre et la discipline qui y règnent, la substitution d'une volonté étrangère à la volonté malade de l'aliéné, sont à eux seuls, dans bien des cas, les agents les plus actifs du traitement, et c'est une erreur de croire que le malade est rendu plus malade encore par la vie en commun avec d'autres aliénés (1).

Quant à la troisième catégorie d'aliénés, les incurables inoffensifs, Cramer pense que eux aussi seront, toutes choses égales d'ailleurs, toujours mieux soignés et aussi heureux dans un asile que dans des maisons particulières, même sous surveillance administrative.

(1) Dernièrement un malade très-cultivé qui vient de nous quitter, guéri de mélancolie, nous disait : « C'est singulier, docteur; les premiers temps de mon séjour à Préfargier, alors que j'étais moi-même encore absorbé par mes idées fausses, je ne m'apercevais pas des bizarreries des autres malades; je les croyais tous en parfait état de santé; ce n'est que depuis que je vais mieux que je les reconnais pour ce qu'ils sont. » Dr C.

6° *Injections sous-cutanées de morphine chez les aliénés avec sensations périphériques anormales* (*Dysphrenia neuralgica*); par le Dr Tigges, à Marbourg.

Vingt-trois observations faites sur des aliénés de forme très-diverses ont montré que, dans le plus grand nombre des cas, les injections sont suivies d'une amélioration passagère, tant de l'état psychique que des sensations anormales. Dans les cas où le premier de ces effets n'a pas été constaté, cela tenait peut-être aux effets secondaires de la morphine. Il est tout à fait indifférent pour l'action sur l'état psychique de faire l'injection sur un point douloureux déterminé ou sur tout autre point du corps; mais parfois la souffrance locale, loin de diminuer, est augmentée par l'injection, lorsque celle-ci est pratiquée sur des points douloureux déterminés.

La pression sur les points douloureux a, dans les expériences indiquées, toujours augmenté la douleur. Il est rare que l'effet de l'injection sur l'état psychique soit autre que passager; parfois même l'opération a été suivie d'une plus grande agitation ou de trouble dans les organes de la digestion. Dans tous les cas, on ne doit pas perdre de vue, dans l'appréciation des résultats des injections sous-cutanées, que certains succès éclatants sont peut-être moins dus à l'injection qu'au fait que l'accès d'agitation étant à son déclin, il aurait cédé, alors même qu'aucun traitement n'eût été fait. L'injection ne fait alors que précipiter le retour à l'état normal. La question de temps et de moment joue donc un grand rôle.

7° *Etats de léthargie*, par le Dr Feld, à Neuvied.

Lorsqu'un individu a les yeux fermés et ne fait aucun mouvement (volontaire), il dort naturellement ou bien il est sous l'empire d'un sommeil artificiel et anormal, ou bien encore il simule. Lorsque cet état de torpeur se prolonge beaucoup au delà des limites ordinaires du sommeil naturel, il est alors forcément anormal.

D'un autre côté, un homme sain et raisonnable ne pourra jamais simuler le sommeil pendant plusieurs jours de suite; les besoins de la soif et de la faim sont trop puissants pour le lui permettre, et il est en outre à peu près impossible de simuler longtemps l'insensibilité ordinaire du sommeil. Toutes les fois donc qu'un médecin se trouvera en face d'un cas prolongé de sommeil, il devra admettre la présence d'un trouble

cérébral quelconque. Ce trouble peut être de nature fort diverse. Dans des états de compression ou d'ébranlement de la masse encéphalique, il est probable qu'il n'y a plus aucune perception et pas même les conceptions du rêve. Dans d'autres cas, il paraîtrait qu'il peut réellement exister une connaissance complète sans la possibilité d'accomplir le plus faible mouvement volontaire. Enfin il y a des cas, comme celui de Legrand du Saulle, dans lesquels les mouvements volontaires sont empêchés par des conceptions délirantes, en même temps qu'un certain degré de torpeur générale facilite la simulation du sommeil.

8° *De l'emploi de l'opium dans le traitement des psychoneuroses*; par le Dr Henne.

Depuis plusieurs années l'auteur, qui, dans l'origine, n'était nullement un fanatique de l'opium, a employé ce médicament avec plein succès dans un grand nombre de cas, et il en cite entre autres 11, dans lesquels il a obtenu une guérison complète. De ces 11 cas, 8 étaient des mélancolies agitées et 3 des manies; mais les malades avaient ceci de commun, qu'ils étaient tous profondément anémiques et c'est précisément dans les psychoneuroses à base anémique que l'opium rend les meilleurs services, surtout chez les femmes. Voici le mode de prescription de Henne : le premier jour, deux grains le soir; puis, suivant l'effet produit, le second jour 2 fois 2 grains; le troisième, 3 fois 2 grains; et les jours suivants augmentation d'un grain à chacune des 3 doses. Lorsque l'effet voulu se produit, on reste aux mêmes doses, aussi longtemps que l'amélioration persiste, pour les augmenter de nouveau, dès que les symptômes morbides reprennent le dessus. Si au contraire l'amélioration se maintient plus de huit jours, on diminue progressivement les doses, mais cette progression doit être très-lente. Henne envisage donc l'opium (dont il a donné dans un cas jusqu'à 36 grains par jour) comme un agent réel de guérison dans les cas récents de psychoneuroses à base anémique; mais le Dr Brosius, qui rend compte des observations de Henne, n'est point de cet avis; suivant lui, l'opium peut parfois être un palliatif, mais n'est jamais l'agent de la guérison, laquelle, dans les cas cités par Henne, serait due bien plutôt à l'isolement, aux bains tièdes prolongés, aux ferrugineux, à la discipline morale des établissements, etc. Pour prouver la vertu curative de l'opium, il faudrait

l'employer seul et chez des malades soignés à domicile, c'est-à-dire soustraits à l'influence salutaire de l'asile lui-même.

9° *De l'assistance des aliénés en Westphalie;* par la Rédaction.

La province de Westphalie possède deux établissements d'aliénés, Marsberg pour la population catholique et Lengerich pour la population protestante; les israélites sont reçus dans l'un et l'autre asile. Dans les règlements d'admission se trouve la disposition suivante qu'on ne saurait trop louer : « Tous les malades qui seront amenés à l'asile de suite, c'est-à-dire dans un espace de six mois de temps au plus à dater de l'invasion de la maladie et dont les familles ou les communes auront fait leur possible pour que l'admission ait lieu aussitôt que possible, seront *traités gratuitement pendant un an.* » Cette mesure, aussi humaine que bien entendue dans l'intérêt même de l'établissement, est à coup sûr digne d'être imitée; mais la conclusion de l'article nous semble quelque peu hasardée : « Les aliénés soumis immédiatement au traitement approprié guérissent aussi complétement que n'importe quels autres malades; avec un peu de soins, les rechutes ne sont pas plus fréquentes que dans d'autres maladies. » Sans être pessimiste, on peut ne pas voir les choses sous un aussi beau jour.

10° *De l'état mental des pédérastes*; par le Dr Frænkel, à Dessau.

L'auteur estime que la pédérastie suppose toujours, *eo ipso*, un trouble des facultés intellectuelles, qui doivent être nécessairement altérées, pour permettre à l'individu un tel écart des lois de la nature et une telle aberration d'instincts. Les pédérastes sont presque toujours moroses, méfiants, obsédés d'idées de persécutions. Il y a fréquemment des hallucinations et des troubles divers de la sensibilité, et l'histoire des passions montre que lorsque un individu est absorbé tout entier par la satisfaction d'un seul besoin, toujours le même, il tombe peu à peu dans l'idiotie et la démence. Enfin plusieurs exemples prouvent que le vice est parfois héréditaire.

11° *De l'élément mélancolique dans l'aliénation mentale;* par Brosius.

Il y a peu de formes d'aliénation mentale qui ne présentent des éléments de mélancolie. On a même dit que la folie commence *toujours* par un état de dépression psychique, peu mar-

qué parfois, il est vrai. Souvent la mélancolie est le seul symptôme de la maladie et persiste sans faire place à d'autres symptômes; c'est alors une mélancolie franche, dont la marche n'est altérée par aucun changement de forme. Dans d'autres cas, la mélancolie n'est qu'une période dans l'évolution de l'affection cérébrale et ordinairement période initiale qui dure plus ou moins longtemps, puis est suivie de manie aiguë, de délire partiel, d'affaiblissement intellectuel, de démence. On dit alors que la mélancolie s'est transformée en manie, démence, etc. Mais la mélancolie peut n'avoir pas disparu pour toujours; souvent on la voit reparaître dans la période secondaire et tertiaire de la vésanie; elle peut alors de nouveau dominer la scène et terminer l'affection comme elle l'avait commencée. Le fait qu'un individu, dont les antécédents sont inconnus, est mélancolique, ne permet donc pas encore de juger son caractère nosologique; car si la dépression peut être un état primaire, une mélancolie simple, elle peut aussi bien constituer les prodromes d'une manie aiguë, de la démence paralytique, d'une démence organique. La mélancolie peut encore avoir à sa base un état d'imbécillité, d'épilepsie ou d'hystérie, ou former un élément de la folie circulaire, etc.

Dans la mélancolie terminale, il y a moins délire anxieux et trouble dans les idées — comme dans la mélancolie du début — qu'un relâchement général, une fatigue corporelle (résultant des pertes excessives de force nerveuse pendant la période aiguë de l'affection) avec conscience plus ou moins claire du passé et les sentiments tristes et pénibles que le réveil intellectuel amène à sa suite. Or ces symptômes offrent un pronostic très-favorable. Le malade qui se rend un compte bien net de la profondeur de l'abîme duquel il vient à peine de sortir et qui en éprouve de la tristesse, est toujours beaucoup mieux guéri que celui dont le bonheur est agité et bruyant. — La mélancolie ne se transforme pas toujours immédiatement en manie; parfois il y a un intervalle lucide plus ou moins long qu'on peut facilement confondre avec la guérison. D'autres fois, la mélancolie est périodique et l'on sait le rôle qu'elle joue dans la folie circulaire. — Chez les hystériques, les épileptiques et les imbéciles, le trouble nerveux prend souvent la forme de la mélancolie, et chez les premiers, elle apparaît volontiers lors de la disparition des symptômes nerveux physiques; on dit alors que la névrose s'est transformée. Il peut en être

de même dans la manie transitoire, à la base de laquelle se trouve ordinairement un état suraigu d'angoisse avec hallucinations et illusions; ceci est aussi fréquemment le cas dans la manie épileptique. — La mélancolie joue parfois un rôle plus ou moins important dans la chorée, de même que dans le délire alcoolique.

L'auteur conclut en disant que quelles que soient la forme, les complications, la cause de l'aliénation, on y rencontrera toujours, à un moment ou à un autre, l'élément mélancolique. Souvent il se trouve là même où les manifestations extérieures de la maladie semblent au premier abord l'exclure complétement. Tel est le cas surtout dans la manie des persécutions, qui peut être en quelque sorte latente, l'individu cachant avec soin ses conceptions maladives et revêtant simplement les allures d'un être bizarre, original, etc....., ou, dans une autre direction, d'un être moralement défectueux; c'est là une possibilité que le médecin légiste ne doit jamais perdre de vue dans les cas d'état intellectuel douteux.

12° *De la responsabilité partielle*; par Zeller (thèses proposées à la réunion des médecins aliénistes du sud de l'Allemagne, à Stuttgardt, octobre 1869).

1° Il n'y a que l'étude anthropologique de l'individu, soit un examen d'ensemble de ses qualités physiques et psychiques, qui puisse permettre au médecin de porter un jugement sur sa responsabilité.

2° La question que pose le juge au médecin sur la responsabilité d'un accusé revient à dire : « N'est-il pas sain d'esprit ?» C'est donc au médecin à y répondre.

3° Il n'y a pas de santé d'esprit ou de libre arbitre absolus; l'une et l'autre ne peuvent qu'être relatifs aux différents individus.

4° On ne peut pas diviser la responsabilité en degrés, mais il faut admettre souvent un état d'entrave de la pensée et de l'action raisonnables. C'est là le seul sens possible de la soi-disant responsabilité partielle, et tout ce qui s'y rapporte rentre dans le domaine des circonstances atténuantes.

5° Lorsque, dans un cas donné, le médecin expert n'est pas lui-même bien fixé sur l'état mental de l'individu, c'est pour lui non-seulement un droit, mais encore un devoir d'exprimer ses doutes, et même de se refuser à émettre une conclusion.

6° L'aliénation partielle n'autorise pas à admettre la responsabilité partielle.

7° Crime et folie s'excluent, alors même qu'une vie criminelle conduit à la folie.

13° *Le non-restraint*; par le Dr Stark, à Kennenbourg.

L'auteur est partisan de l'abolition de la contrainte matérielle dans le traitement des aliénés, mais il pense qu'il ne faut pas être trop absolu. Il y a des cas dans lesquels la contrainte est non-seulement permise, mais même indiquée, et il en cite deux tout à fait concluants. De semblables cas s'opposent à ce qu'on érige le no-restraint en système absolu et montrent que la question est loin d'être encore complétement mûre. Il n'y a aucun doute que le no-restraint est d'une manière générale applicable partout et dans toute son étendue et que son introduction par Conolly est un immense progrès dans le domaine de la psychiatrie et de l'humanité; mais on peut toutefois se demander s'il convient de l'appliquer uniformément et aveuglément dans tous les cas. Est-ce qu'une science d'expérience et d'observation comme la médecine, qui doit toujours tenir compte de cet important facteur qui s'appelle l'*individualité*, peut tolérer l'application stéréotype d'un système quelconque? Evidemment non. Le médecin doit donc, tout en adhérant complétement au principe du no-restraint, se réserver toujours la faculté d'appliquer des moyens de contrainte dans les cas où ils sont réellement indiqués, et ces cas existent, quoique rares.

Dr Chatelain.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1869 (suite) (1).

Analyse par M. le Dr Hildenbrand.

1° *Réflexions sur le siége du sentiment ou sur les fonctions du cervelet*; par le prof. Dr P. Jessen.

Les Allemands ne peuvent prononcer le mot *Gemüth* sans minauder; ils vous défient de saisir la profondeur de cette expression et d'en dire autant en une autre langue. Pour

(1) Voir le n° de septembre 1870.

eux, ce mot n'a point d'équivalent en France ni en Angleterre.

Je le traduirai par le *sentiment*, d'où dérivent les facultés affectives, morales ou passionnelles, la joie ou la peine, la gaieté ou la tristesse, l'exaltation ou la dépression, la sympathie ou l'antipathie, la confiance, la réserve, la colère, la crainte, les désirs violents.

C'est donc le sentiment que *Jessen* place dans le cervelet et il étaie son *hypothèse* des considérations suivantes :

D'après *Flourens*, le cervelet préside à la coordination des mouvements; d'autres, avec *Gall*, le considèrent comme le siége des impulsions érotiques ; d'autres encore comme l'organe central du sens musculaire (*Muskelsinn*) ; plusieurs enfin, comme le siége de la volonté. Disons-le discrètement, il est des physiologistes distingués, comme *Schiff*, qui pensent que nous n'en savons rien. Un fait indéniable cependant, c'est que, de par son volume, sa structure spéciale, sa situation et ses rapports avec le cerveau, le cervelet ne peut pas ne pas servir à quelque chose.

Mais pour déterminer les fonctions d'un organe, il faut être suffisamment édifié sur sa structure anatomique; d'un autre côté, avant de rechercher le siége d'une faculté, il faut pouvoir la délimiter entièrement, prouver qu'elle a une existence propre, indépendante, plus ou moins complétement isolée. Et c'est là la difficulté et la cause de notre ignorance en pareille matière. La vanité de la science phrénologique n'a point d'autre source; nous en dirons autant de l'ingénuité de ceux qui courent à la recherche du siége de la volonté, la volonté n'étant point une faculté spéciale, isolée, indépendante, mais annexée au domaine de la pensée, de la sensibilité et du sentiment.

Il n'en est pas de même du sentiment, et l'on peut prouver psychologiquement qu'il constitue réellement une faculté distincte, existant par elle-même, sous le concours obligé des autres facultés.

Or, toute fonction spéciale implique un organe spécial. L'organe spécial du sentiment est le cervelet.

S'il est vrai que, en tant que forces réellement indépendantes, il n'existe que deux facultés de l'âme, l'intelligence et le sentiment; si l'on se rappelle que la moelle épinière est l'organe de la vie inconsciente de l'âme ; si enfin on considère comme suffisamment démontré que le cerveau est le

siége de l'intelligence ou de la pensée, on est naturellement conduit à chercher dans le cervelet le siége du sentiment.

Du reste, le témoignage de notre conscience est là pour nous prouver que c'est d'elle-même que procède la pensée, et que c'est d'une source différente que, à l'égal des perceptions sensorielles, y arrive le sentiment.

La pensée et le sentiment sont deux éléments aussi disparates que les pôles positif et négatif; mais ils ont aussi certaines analogies. Ils sont analogues par la modalité de leur contenu, en ce sens que les pensées et les sentiments se traduisent en paroles; ils sont opposés par leur forme, en ce sens que la direction prépondérante du mouvement est centripète pour la pensée et centrifuge pour le sentiment. En effet, toute pensée qui naît dans la conscience se concentre vers le dedans, et sa manifestation extérieure n'est pas nécessaire; mais est soumise à la volonté; au contraire, le propre même du sentiment, lors même qu'il n'arrive pas à la conscience, est de tendre à l'extérieur. Eh! bien, la comparaison de la structure du cerveau et du cervelet révèle des différences et des analogies aussi marquées.

Sans doute, ce fait, qu'il existe des ressemblances et des différences entre les deux éléments de deux facteurs différents, ne prouve nullement que ces deux derniers s'emboîtent réciproquement. Du moins, de ce qu'il existe deux différents organes destinés à deux fonctions différentes, et de ce qu'au premier de ces organes appartient pertinemment l'une des deux fonctions, on peut conclure que l'autre fonction est dévolue nécessairement au deuxième. C'est clair.

Remarquez que des recherches de *Leven* et *Ollivier*, il semble résulter que le cervelet exerce une puissante action sur les mouvements de l'œil, fait confirmé par des observations pathologiques. Or, l'œil sert merveilleusement à l'expression des différents états passionnels de l'âme. L'influence du cervelet sur l'œil est probablement réalisée par les rapports du *crura cerebelli* et des *tubercules quadrijumeaux*. Le cervelet a sans doute aussi des connexions avec le *facial* et concourt, de cette manière, à l'expression de la physionomie.

Autres considérations : le rapport des parties externes du corps, la peau, les muscles volontaires, avec l'intelligence et le sentiment, est différent de celui des viscères. Tout ce qui sollicite les premières arrive distinctement à la conscience, mais affecte peu le sentiment. Le contraire a lieu pour les

viscères ; ils sont soustraits à la volonté, tandis que le sentiment influence leur activité. Ce qui se passe en eux n'est perçu qu'obscurément par la conscience, mais sensibilise puissamment le sentiment. Le premier hypochondriaque venu nous en dira long là-dessus. Or, les nerfs des parties externes du corps sont particulièrement innervés par le cerveau, les nerfs des viscères par le cervelet.

Deux éléments distincts concourent à la parole : le *contenu* constitué par la pensée, la *forme* ou le mode d'expression qui dépend surtout de l'influence du sentiment, ce qui est prouvé par l'aphasie, où l'impossibilité d'exprimer en paroles les pensées n'empêche point l'œil et l'oreille de parler correctement. Il faut donc que, en dehors du cerveau, il y ait quelque part un organe spécial qui règle ou coordonne les mouvements de la parole, et cet organe, dans l'état normal, ne doit pas être seulement sollicité par le cerveau, mais aussi par l'oreille et l'œil. D'après *Schroeder van der Kolk*, ce sont les olives qui régularisent les mouvements de la parole, parce que les racines des nerfs qui concourent à la formation de la voix sont campées à l'entour.

De même, dans tout acte musculaire, l'esprit est l'ordonnateur, le sentiment le coordonnateur; celui-là en est le principe passif, celui-ci le principe actif ; la pensée en est l'élément qualificatif, le sentiment l'élément quantitatif. Or, c'est le cervelet qui, d'après les recherches physiologiques et pathologiques, est l'agent principal de la coordination des mouvements et de l'énergie de l'activité musculaire. L'influence du cervelet sur les nerfs moteurs serait possible par l'intermédiaire des pédoncules cérébelleux inférieurs, au moyen de l'entrecroisement des faisceaux du pont avec les faisceaux longitudinaux qui s'étendent des pédoncules cérébraux aux pyramides.

Le sentiment se comporte avec la pensée comme avec l'activité musculaire. L'énergie, la promptitude, la coordination de la pensée sont plus ou moins tributaires du sentiment, et, de son côté, la pensée exerce aussi son influence sur le sentiment, quoique avec beaucoup moins d'intensité. Cet échange d'influence se fait sans doute par les pédoncules cérébelleux supérieurs.

En vertu de sa puissance sur la pensée, le sentiment ne peut être sans influence. *Jensen* rappelle qu'il croit avoir trouvé des *tractus* qui s'étendent des pédoncules cérébraux au

pont de varole, et qui, de l'intérieur du pont, se déjettent en dehors pour se continuer avec le cervelet. La force de ces *tractus* était différente, suivant les cerveaux, et il n'est pas impossible que la variabilité, suivant les individus, de l'intensité d'action de ces deux facultés l'une sur l'autre ne dépende de ces faisceaux. *Et nunc erudimini.*

2° *Recherches sur le poids spécifique du cerveau dans les maladies mentales;* par le Dr W. Nasse.

Jusqu'ici, deux méthodes principales ont été employées pour la détermination du poids spécifique du cerveau, l'aréomètre avec l'eau salée et la pesée par le pyknomètre. *Bucknill* (Lancet 1852, II, p. 26; British Review, janv. 1855) donnait à l'eau par l'adjonction du sel une densité suffisante pour y faire nager la tranche de cerveau dont il déterminait alors le poids spécifique en prenant, par l'aréomètre, la densité de l'eau. *Aitken* (Glasgow med. Journal 1853, I), *Sankey* (Brit. med. chir. Review, janv. 1853), *Skae* (Psycholog. Journal, 1854, janv.), *Bastian* (Journal of ment. science, janv. 1866), opéraient de la même manière. Parmi ses compatriotes, *Peacok* est le premier qui ait employé la méthode de la double pesée. Enfin, dans ces derniers temps, *Krause* et *Fischer* (Zeitschrist f. rat. med. 1866, XXVI, Cah. 3), *Engel* (med. Jahrb. XIII, p. 101-108), ont fait usage du pyknomètre.

Nasse s'est servi d'un verre d'une capacité de 37 grammes d'eau distillée, pouvant se fermer hermétiquement au moyen d'une simple plaque de verre posée dessus, et dont le poids, vide ou plein d'eau distillée, est rigoureusement déterminé. Le poids absolu d'une portion de cerveau s'obtient en la plaçant dans le verre vide, mais recouvert par la plaque, et en pesant le tout; le verre est alors rempli d'eau distillée à 15° R., refermé par la plaque, et la portion de cerveau est de nouveau pesée avec l'eau distillée. Avec ces données, on trouvera le poids de l'eau déplacée.

Nasse est arrivé aux résultats suivants :

Le poids spécifique du cervelet est plus élevé que celui du cerveau.

Le poids spécifique de la substance corticale est moindre que celui de la substance médullaire.

Le poids spécifique de la moelle est inférieur à celui du cerveau et de la substance grise.

Le *thalamus opticus* paraît avoir un poids spécique supérieur à celui du reste du cerveau.

Quelque vraisemblable que paraisse la conjecture que le poids absolu du cerveau et de ses parties est directement en rapport avec le poids spécifique, les recherches de Nasse ne confirment rien de semblable.

L'âge produit-il des variations dans le poids spécifique? D'après les tableaux dressés par Nasse, le poids spécifique de l'une et l'autre substance du cerveau augmente avec l'âge, et atteint son *summum* entre 40 et 50 ans; et ce résultat est le même pour les deux sexes. A partir de 50 ans, il baisse, mais moins sensiblement chez la femme.

L'auteur, qui a opéré sur des cerveaux d'aliénés, fait observer que la durée de la maladie n'a point d'influence sur le poids spécifique. Il n'en est plus de même lorsque la maladie cérébrale est la cause de la mort. Du moins, à ce point de vue, *Sankey* est arrivé au résultat suivant : la densité de la substance grise décroît avec la durée de la maladie ; cette durée est sans influence sur la substance blanche ; une plus grande densité de la substance grise est toujours liée à quelque affection cérébrale, ce qui n'est point vrai pour l'abaissement de cette densité au-dessous de la moyenne; des écarts semblables dans la densité de la substance blanche impliquent toujours une affection organique ; enfin le poids spécifique des deux substances s'élève toujours dans les états du cerveau qui sont accompagnés d'hypérémie ou d'inflammation; il baisse, au contraire, dans les conditions opposées.

En ce qui concerne l'hypérémie et l'anémie, *Nasse* arrive aux mêmes résultats que *Sankey*.

Le ramollissement produit plutôt une diminution dans la densité. Le contraire a lieu dans les cas de longue compression du cerveau par du liquide séreux; l'œdème s'accompagne tantôt de l'élévation, tantôt de l'abaissement du poids spécifique ; on peut en dire autant de l'atrophie de la substance corticale.

Contrairement aux résultats obtenus par *Skae* dans la paralysie générale, *Nasse* a trouvé une diminution dans la densité de l'une et l'autre substance du cerveau, et l'invariabilité dans la densité du cervelet et de la moelle.

3° *Sur l'action de la papavérine dans les maladies mentales*; par le D. C. Stark, direct. de l'asile privé de Kennenbourg, près Esslingen.

Tout le monde n'est pas de l'avis d'*Albers* et de *Claude Bernard* qui dénient à la papavérine toute propriété narcotique. *Baxt* affirme positivement le contraire, et c'est sur la positive affirmation de ce dernier, que *Leidesdorf* et *Bresslauer* (Viertel-jahrschrift f. Psych. Jahrg. I. cahier 3-4) ont entrepris leurs expériences sur les animaux et les aliénés.

Le Dr *Stark* ne croit point ces observateurs sur parole, et, par de nouvelles recherches, il va contrôler leurs résultats; ce qui lui permet de les confirmer, soit dit par anticipation.

En effet, des onze observations détaillées qu'il donne, il peut conclure que la papavérine est un narcotique sûr et précieux par son mode d'action. Cette action met en moyenne 6 à 7 heures à se produire, 11 à 12 heures chez quelques sujets, plus longtemps lorsque l'on emploie la méthode des injections hypodermiques.

Cette irrégularité dans l'apparition de l'action de la papavérine n'est sans doute point due à une inégalité dans l'impressionnabilité de l'organisme chez les individus, mais plutôt au peu de solubilité de la substance, solubilité qui doit varier, elle, avec la capacité absorbante des individus. Il est probable que, le médicament une fois ingéré, l'absorption ne se fait que peu à peu, et dans des proportions très-minimes; ce qui le prouve, c'est que le narcotisme ne se produit pas subitement, mais plutôt comme une tendance progressive et physiologique au sommeil, plutôt encore en ramenant l'organisme aux conditions dans lesquels le sommeil devient possible.

Une autre action de la papavérine est celle qu'elle exerce sur la circulation. Le ralentissement du pouls (en moyenne 20 à 30 pulsations par minute) et le narcotisme sont les deux propriétés cardinales, inséparables de la papavérine

Le rétrécissement de la pupille est un autre phénomène qui accompagne toujours le ralentissement du pouls. Ce complex symptomatique ressemble si bien à celui qui se produit lors de la section de la portion cervicale du grand sympathique, que l'on ne peut s'empêcher de conférer à la papavérine une action hypnotique sur le centre *cilio-spinal* et *vaso-moteur*.

Ce qui en augmente la valeur, c'est que son administration

n'a donné lieu à aucun des accidents qui suivent si souvent l'ingestion de la morphine (malaise, céphalalgie, constipation, vomissements, etc.). De plus, son action ne s'émousse pas par un usage plus ou moins prolongé, de telle sorte que l'élévation graduelle de la dose n'est jamais nécessaire ; de plus encore, cette action n'est point annihilée par l'administration antérieure et prolongée de hautes doses d'opium, et *vice versa* l'opium agit encore après l'administration prolongée de la papavérine.

L'injection sous-cutanée qui n'est suivie, du reste, d'aucun accident local, n'est point une méthode pratique dans les cas d'agitation considérable, parce que la grande quantité d'eau nécessaire à la solution oblige à des injections multiples.

Mais la papavérine n'a-t-elle ainsi qu'une action palliative? On remplit certainement une indication curative lorsque, par des distractions habilement ménagées, on cherche à rejeter au second plan les préoccupations maladives de l'aliéné ; le même effet n'est-il pas à espérer d'un médicament qui soustrait le malade, pour un temps plus ou moins prolongé, à l'influence de son délire? Le calme, le sommeil plus régulier, s'accompagnent souvent d'un appétit plus développé, d'une nutrition plus parfaite ; et ces résultats, qui deviennent des éléments d'amélioration pour les maladies en général, pourquoi perdraient-ils de leur valeur dans l'aliénation mentale en particulier? Mais, en dehors de cette action tonique, il en est une autre plus puissante et qui dérive du ralentissement de la circulation. Qui peut nier que les affections phrénopathiques ne se lient fréquemment à un état congestif ou hypérémique du cerveau, ou à des troubles circulatoires? Qui dès lors pourra dénier à la papavérine une action curative, eu égard à son influence sûre et constante sur la circulation?

4° *Description d'un cas intéressant d'arrêt de développement du cerveau*, avec 3 planches ; Dr Schüle, d'Illenau.

Ce cerveau appartenait à une jeune fille de 24 ans, idiote, morte dans des convulsions épileptiques. L'affection convulsive remontait à la huitième semaine de l'existence ; à trois ans, l'enfant ne marchait pas encore, et c'est à cette époque que l'on remarqua une faiblesse du bras et de la jambe gauches, une paralysie incomplète de la face du côté droit.

La dilatation notable des cavités ventriculaires, l'épaississement de l'épendyme, une poche séreuse greffée sur le ventricule, se rapportent à une hydrocéphale interne. Se fondant

sur des considérations embryologiques, *Schüle* croit pouvoir reporter l'hydrocéphale au cinquième mois de la vie intra utérine, et c'est à l'hydrocéphale que serait dû l'arrêt de développement d'un hémisphère cérébral.

Le père était un ivrogne et comptait, dans sa famille, des aliénés et des sujets petits et mal conformés.

5° *Sur le diagnostic des enostoses du* CLIVUS *chez les aliénés*, avec planches. Dr F. Karl Stahl.

Les Allemands, paraît-il, ont donné le nom de *clivus* à cette partie de la base du crâne circonscrite, en avant et en haut, par la selle turcique; de côté, par le sinus pétreux inférieur et le rocher; en arrière et en bas, par le trou occipital; terrain de la plus haute importance, puisqu'il constitue l'assiette de l'isthme de l'encéphale, du trijumeau, de l'oculo-moteur externe, du facial, de l'acoustique, du pneumo-gastrique, du spinal ou accessoire de Willis, et du grand hypoglosse.

Stahl décrit deux espèces de produits pathologiques osseux de cette partie du crâne : les *ecchondroses* et les *ostéoïdes* qu'il réunit sous une dénomination commune, les *enostoses*.

Les cas de ce genre sont rares et la science peut les compter. Quoiqu'il en soit, des ecchondroses, des exostoses, des ostéophytes, ne sauraient assurément envahir le clivus sans produire des troubles fonctionnels dans les organes innervés par les parties nerveuses irritées ou comprimées.

Stahl donna le nom de *facies vara* (permettez la dénomination, par analogie avec le pied-bot varus) à une déformation caractéristique de la face qui consiste dans une inflexion plus ou moins marquée, à droite ou à gauche, du contour de la mâchoire inférieure. Vu de face, le contour du visage présente assez bien la forme de la serpe. Cette déviation dérive surtout de la contracture du muscle ptérygoïdien externe; d'autres muscles interviennent aussi, quoique d'une manière moins directe, le masséter, le temporal. Il n'en résulte aucun obstacle à la parole; le malade mastique ordinairement du côté non contracturé.

La *scoliose faciale* de *Stromeyer*, malgré sa frappante analogie avec le cas spécial, ne doit pas être confondue avec lui; elle se rapporte à des contractures musculaires différentes, celles du sterno-mastoïdien, du trapèze, et implique des anomalies d'une autre partie du système nerveux.

Il en faut dire autant du *caput obstipum spasticum* de *Romberg*

qui se comparerait plus volontiers au trismus, si l'on pouvait se représenter le trismus borné à un seul côté de la face.

Stahl donne plusieurs observations de ce genre d'affection.

Il cite, entre autres, le cas d'une femme de 59 ans, atteinte de plagiocéphalie et de cyphose, et présentant le *facies vara* : exostose du clivus en contact avec la cinquième paire nerveuse dont l'irritation a entraîné la contracture du ptérygoïdien externe.

Dans un cas de *ptarmus* ou de *sternutatio convulsiva*, avec contracture du muscle constricteur du nez, du côté droit, on a trouvé une exostose cartilagineuse en rapport avec la cinquième paire nerveuse, au point où celle-ci envoie un rameau au ganglion de Gasser. La sternutation convulsive est due, sans doute, à l'action du trijumeau, tandis que la contracture du constricteur du nez ne peut s'expliquer que par une action réflexe s'étendant au nerf facial.

Chez un homme de 43 ans, qui présentait des crampes grimacières de la face, on a trouvé un remarquable échantillon d'énostoses du clivus.

Les grimaciers ne sont pas rares dans les asiles, mais généralement l'altération de la physionomie ne se produit que transitoirement, sous l'influence de l'altération même de l'humeur ou du sentiment ; tandis que, dans le cas spécial, elle se montrait sous la forme d'une crampe continue, persistant même pendant le sommeil, et intéressant d'une manière symétrique l'un et l'autre côté de la face.

A l'autopsie, on trouva : à la partie médiane de la suture sphéno-occipitale, ecchondrose allongée dans la direction du trajet de l'artère basilaire ; au bord gauche de la gouttière basilaire, au-dessous de la synchondrose, exostose arrondie, rugueuse au sommet, de la grosseur d'un demi-pois, dont la situation correspond à celle du trijumeau ; à trois lignes au-dessous, deux ostéophytes ayant dû toucher le faisceau du facial, le glosso-pharyngien et l'accessoire de Willis ; enfin, au bord droit et à la partie la plus déclive du clivus, s'étendant d'avant en arrière, nombreuses inégalités diffuses et rugueuses.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS.

Viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Legrand du Saulle et Berthier, médecins traitants à l'ambulance militaire des varioleux de Bicêtre ; et M. Delineau, interne à l'asile d'Evreux, aide-major au 39e régiment provisoire de garde nationale mobile (Eure).

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE.

L'assemblée générale annuelle, qui devait avoir lieu le 24 avril, se tiendra le lundi 26 juin, à 3 heures du soir, au domicile de M. Baillarger, président de l'œuvre, 15, quai Malaquais. La réunion des membres du conseil aura lieu à 2 heures.

Il ne sera pas adressé de lettres de convocation.

Ordre du jour : Lecture par le secrétaire général de la situation morale et financière de l'œuvre. — Proposition d'allocation de secours. — Renouvellement partiel du conseil d'administration.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société, dans la séance du 22 mars 1871, a prononcé l'admission, à titre de correspondants nationaux, de MM. Bouteille, médecin-adjoint de l'asile de Pau ; Darnis, médecin en chef de l'asile de Mautauban, et G. Doutrebente, ancien interne des asiles de Tours, Saint-Yon et Charenton.

La Société a décidé dans la même séance que le dernier délai fixé primitivement pour l'envoi des notes et mémoires relatifs aux *folies puerpérales* serait reporté au 31 déc. 1871. (Voy. *Annales méd. psych.* 1870, t. IV, p. 185.)

Prix Esquirol.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 200 fr. et un exemplaire du *Traité des maladies mentales* d'Esquirol, est donné chaque année au meilleur mémoire de pathologie mentale, au choix des concurrents. Les proposi-

tions émises dans ce mémoire doivent être justifiées par quinze à vingt observations cliniques détaillées.

Ce prix est destiné plus particulièrement aux internes des asiles d'aliénés et aux jeunes docteurs s'adonnant à l'étude de la folie et des affections nerveuses.

Les mémoires, portant une épigraphe et accompagnés d'un pli renfermant la reproduction de cette épigraphe et le nom de l'auteur, doivent être remis avant le 31 décembre, soit chez M. le Dr Albert Mitivié, rue Bellechasse, 64; soit chez M Lunier, au bureau des *Annales médico-psychologiques*, rue Jacob, 52, à Paris.

Aucun mémoire n'a été envoyé pour l'année 1870.

Prix Aubanel.

Dans sa séance du 25 juillet 1870, la Société médico-psychologique a mis au concours, pour le *prix Aubanel*, la question suivante :

De la part d'influence et du mode d'action des boissons alcooliques dans la genèse des maladies mentales et nerveuses.

Le prix est de 1,200 fr.

Les mémoires doivent être adressés, dans les formes académiques ordinaires, avant le 31 déc. 1872, au secrétaire général de la Société, M. le Dr Loiseau, rue Vieille-du-Temple, 26.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES.

Les concours de 1870, prorogés une première fois au 31 mars 1871, le sont de nouveau au 1er juillet 1871.

PRIX DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Dans la séance du 27 déc. 1870, l'Académie a décidé qu'en ce qui concerne les prix de 1870, les choses resteraient dans le *statu quo*, et que la distribution en serait faite à une époque qui serait déterminée ultérieurement.

Le délai, déjà prorogé une première fois pour la remise des mémoires destinés au concours de prix pour l'année 1871, est prorogé de nouveau et fixé définitivement au 30 juin.

Prix fondé par M. J.-P. Falret.

Dans la séance du 7 fév. 1871, l'Académie a reçu de M. Fourchy, notaire à Paris, communication de l'extrait suivant du testament de feu M. le Dr J. P. Falret :

« Je lègue dix mille francs à l'Académie de médecine de Paris pour que les intérêts servent, tous les deux ans, à fonder un prix sur les maladies mentales et nerveuses. Le choix des sujets de prix est laissé à la décision de l'Académie de médecine. »

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

L'une des questions mise au concours pour 1870 est ainsi conçue :

Rechercher quelle est, dans notre climat, l'influence de l'usage et de l'abus des alcooliques sur la santé des ouvriers.

Clôture du concours, 30 sept. 1871.

Les mémoires doivent être envoyés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, M. le Dr Desguin, rue de l'Eglise, 32, à Anvers.

Le lauréat recevra, selon le mérite de son travail, une médaille en or ou en vermeil, ainsi que le titre de membre correspondant.

SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Le 14 mars dernier, M. Michel Moring, agent général des hospices, a reçu les médecins des services d'aliénés et a très-longuement discuté avec eux plusieurs améliorations projetées. Afin qu'aucune mesure ne soit prise ultérieurement sans que l'élément médical n'ait donné au préalable un avis motivé, M. Michel Moring a invité les chefs de service à se constituer en *comité médical consultatif du service public des aliénés de la Seine*, s'engageant à soumettre aux délibérations de cette assemblée toutes les questions relatives aux malades et aux établissements qui leur sont consacrés.

Le comité s'est constitué et tient ses séances tous les samedis, à dix heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière. Il est composé de MM. Baillarger, Berthier, Billod, Dagonet, Dagron, Delasiauve, Falret (Jules), Legrand du Saulle, Lucas (Prosper), Moreau (de Tours), Trélat père, Voisin (Félix) et Voisin (Auguste). — M. Trélat père a été élu président et M. Jules Falret secrétaire.

La consécration officielle de ce comité consultatif doit faire l'objet d'un prochain arrêté.

FAITS DIVERS.

Les maladies mentales à l'école de Montpellier. — Conformément à un arrêté du préfet de l'Hérault, en date du 14 déc. 1870, quatre cliniques ont été instituées à l'hopital général de Montpellier. Celle des maladies mentales est confiée à M. le Dr Cavalier, médecin en chef du quartier des aliénés et professeur titulaire de la Faculté.

— *Nouveau journal de psychiatrie.* Nous sommes heureux d'annoncer l'apparition en Italie d'un nouveau journal spécial, l'*Alienista*, consacré à l'étude des maladies mentales : ce journal a pour directeur le professeur Vincenzo Leonardo Cera, ancien médecin du manicôme d'Aversa.

Le rédacteur en chef, L. LUNIER.

Le directeur-gérant, BAILLARGER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE

SUR LE CRÉTINISME

ADRESSÉ LE 31 JUILLET 1813

A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR,

Par M. le comte de RAMBUTEAU

préfet du département du Simplon (1).

Une maladie désastreuse, connue sous le nom de crétinisme, présente un spectacle affligeant, et exerce, depuis des siècles, ses ravages sur la population de l'ancien Valais,

(1) Ce mémoire si souvent cité par les auteurs dont la plupart, évidemment, n'ont pu en prendre connaissance, est jusqu'ici resté inédit. Après des recherches infructueuses dans les diverses bibliothèques, nous l'avons trouvé dans les papiers d'Esquirol et nous avons pu en prendre copie grâce à l'obligeance de M. Mitivié. Nous le publions aujourd'hui d'après le manuscrit original. L. L.

aujourd'hui le département du Simplon; elle enlève à la patrie des milliers de citoyens qu'elle condamne à la dégradation, et qui deviennent une charge accablante pour la société qu'ils auraient enrichie de leurs connaissances, de leur travail et de leur industrie.

Tout homme né avec des idées libérales ne peut, sans un profond sentiment de peine et de compassion, porter ses regards attristés sur ces malheureuses victimes de la funeste influence du climat; mais bien plus douloureusement encore doit être affecté le cœur d'un magistrat qui se considère comme le père d'une population que le gouvernement a daigné confier à ses soins. En entrant dans ce département, j'ai dû être vivement touché de l'état de ces infortunés, et j'ai vu avec une douce satisfaction que cet esprit de bienfaisance et d'humanité qui porte votre Excellence à veiller à tout ce qui peut influer essentiellement sur le bonheur des sujets de ce vaste empire, avait dicté la circulaire du 22 octobre dernier, par laquelle elle a demandé les renseignements qui peuvent la mettre à portée de bien connaître les moyens qu'ils convient d'employer pour le soulagement des individus affligés de grandes infirmités, et d'ordonner, après un examen approfondi et raisonné des causes qui peuvent les produire, les remèdes curatifs et préservatifs les plus convenables.

Les insensés ou maniaques, les aveugles de naissance, les sourds-muets (proprement dits) ne sont pas beaucoup plus nombreux dans le Simplon que dans les autres contrées de l'empire; et, sous ce rapport, je n'ai pu, dans le tableau que j'ai l'honneur de vous adresser, présenter que des vues générales et peu approfondies; mais les idiots ou crétins forment une classe si disgraciée et si multipliée dans ce département qu'elle mérite essentiellement de fixer l'attention de votre Excellence, et que cet objet devient, dans la statistique générale de l'empire, un point de la plus haute importance.

J'ai, depuis mon arrivée, apporté tous mes soins à cette intéressante partie de mon administration, et, privé d'une grande partie des éléments que mon prédécesseur a emportés avec lui, parce qu'il désire adresser à votre Excellence un mémoire complet sur cette matière, j'ai dû m'entourer des lumières de toutes les personnes du pays, distinguées par leur jugement, leurs connaissances et l'amour de leurs concitoyens. J'ai pensé que des hommes qui ont eu continuellement sous les yeux le spectable affligeant de cette maladie, qui ont pu chaque jour, et pour ainsi dire à chaque instant, en étudier les causes et les développements, forts d'une longue expérience, étaient plus particulièrement en état d'en expliquer la nature, et de présenter des vues saines sur les moyens curatifs et préservatifs qu'il serait à propos d'employer.

Un grand nombre de voyageurs, de naturalistes, de médecins ont été frappés de cette espèce de phénomène de la nature; ils en ont cherché les causes, et chacun d'eux a appuyé son système sur des raisonnements plus ou moins spécieux; je citerai entre autres William Coxe, dans son *Voyage en Suisse;* M. Ramond, son traducteur et son commentateur; M. Robert, ancien géographe du roi; M. de P..., dans ses *Recherches philosophiques sur les Américains,* et M. de Saussure, connu par ses nombreux voyages dans les Alpes.

Je ne rappellerai point en détail l'opinion de chacun de ces savants dont votre Excellence est à portée de se rendre compte; mais j'observerai que la diversité de ces opinions, d'ailleurs respectables, et d'un très-grand poids, n'a pas peu contribué à prolonger l'incertitude, et j'ajouterai qu'il est probable qu'ils sont tombés dans l'erreur en voulant presque rapporter à un seul principe ce qui paraît n'être que le résultat d'une foule de causes combinées qui ont leur source dans le climat et dans la manière de vivre des habitants.

Il est au surplus fâcheux qu'aucun de ces estimables auteurs ne se soit appliqué, si ce n'est superficiellement, à connaître quels pourraient être les remèdes curatifs et préservatifs ; c'est cependant le point essentiel, et celui auquel toutes les recherches doivent se rattacher.

Le rapport que j'ai l'honneur d'adresser à votre Excellence n'est que le résultat combiné des observations et de l'opinion des gens du pays les plus instruits; elles sont basées sur des faits et sur l'expérience, et se rapprochent beaucoup de celles des savants que j'ai cités ; en vous en rendant compte, je n'ai pas cru devoir entrer dans des détails scientifiques dont la connaissance m'est d'ailleurs étrangère.

Mon travail doit se réduire à trois points importants, et je tâcherai d'expliquer :

1° La nature du crétinisme.

2° Les causes qui engendrent cette infirmité et en favorisent les progrès.

3° Les mesures les plus propres à détruire la source du mal, ou du moins à en prévenir et arrêter le développement.

NATURE DU CRÉTINISME.

L'essence de la maladie est évidemment l'atonie, ou relâchement des fibres et des solides du corps ; mais les crétins ne sont pas tous atteints de ce fléau au même degré ; on pourrait les diviser en un assez grand nombre de classes. Je n'en formerai que trois principales.

Ceux de la première classe, ou crétins complets, le sont rarement dès leur naissance ; la plus grande partie n'apporte que le germe de la maladie, et le devient vers l'âge de trois, quatre, cinq et six ans : ils sont tous sourds-muets, les sens de l'odorat, du tact et du goût sont à peu près nuls chez eux et leurs yeux ternes annoncent que le sens de la vue est très-émoussé. Dénués de toute espèce d'intelligence,

ils paraissent insensibles aux coups et aux bons comme aux mauvais traitements ; ils sont plongés dans un état presque absolu de débilité, de stupeur et d'engourdissement ; toutes leurs fibres sont molles et détendues; leur peau est flasque et d'une pâleur cadavéreuse ; leurs traits sont difformes et leurs pieds semblent avoir peine à les porter; ils ont presque tous des goëtres considérables ; et ils n'offrent à la vue qu'une masse de chair informe et mal digérée. Souvent même privé de cet instinct qui dirige tout être vivant vers ce qui tend à sa conservation, ils sont, en quelque sorte, ravalés au-dessous de la condition des brutes.

Les crétins que je rangerai dans la seconde classe, diffèrent peu de ceux de la première ; comme eux, ils ont les chairs molles et flasques, la peau livide, les traits difformes et le cou allongé; ils sont goëtreux, ont la tête mal conformée, le front aplati et les extrémités massives et lourdes. Quelques-uns ne sont ni sourds, ni complétement muets ; mais ils ne s'expriment que par quelques signes et par une espèce de cri ordinairement accompagné de contorsions. En général, ils ne diffèrent des premiers que parce que leurs fonctions animales ont un peu plus d'activité, qu'ils témoignent quelque sensibilité, et semblent connaître leurs besoins; cependant ils sont sans idées fixes, ils ne s'attachent à personne, pas même à leur mère, et leur intelligence ne va guère au delà d'un instinct grossier.

Les crétins de la troisième classe ont beaucoup de rapports avec la précédente, quant à la constitution physique : cependant leur démarche est moins pesante, ils portent mieux leur tête et ont le regard plus animé. Ils ne sont ni sourds ni muets, mais leurs idées peu étendues ne se développent que très-imparfaitement, et la manifestation de leurs pensées est toujours accompagnée de grimaces et de contorsions. Ils peuvent distinguer dans les choses habituelles le mal et le bien, mais ils sont incapables d'un raisonnement suivi, et à l'exception d'un petit nombre, ils ne jouissent que

d'une intelligence extrêmement bornée. Cette classe est la plus considérable ; elle n'a pas été comprise dans le tableau numérique (1) que j'adresse à votre Excellence, mais elle peut être évaluée de deux à trois mille.

Il existe encore un grand nombre d'individus qui, sans être crétins, ont une intelligence très-faible, et sensiblement au-dessous de celle qui est le partage du commun des hommes.

J'aurai l'honneur d'observer à votre Excellence que dans le nombre des sourds-muets, sans être crétins, il en est cependant une partie qui présente des caractères qui les rapprochent beaucoup de la classe crétine ; mais aussi plusieurs témoignent de l'intelligence et des facultés qui seraient *facilement* développées par l'éducation.

CAUSES QUI ENGENDRENT LE CRÉTINISME ET EN FAVORISENT LE DÉVELOPPEMENT.

Avant d'expliquer les causes qui nous paraissent devoir plus particulièrement produire le crétinisme, et concourir à son accroissement, il est bon d'observer que les crétins, ayant toujours des goëtres assez considérables, ces deux infirmités doivent avoir une certaine analogie, encore bien qu'elles n'aient aucun rapport, quant aux effets, et que le goëtre n'influe pas sur les qualités intellectuelles. Il est d'ailleurs prouvé que partout où il y a des idiots et des crétins, il existe des goëtres, quoique partout où il y a des goëtres il n'y ait pas toujours des crétins ; ce qui porte à penser que le principe du mal est porté à un degré beaucoup plus éminent dans les pays où il y a des idiots, et que les goëtres n'en sont qu'une légère émanation.

Les causes du crétinisme me paraissent être de deux espèces ; j'appellerai les unes causes premières et naturelles ;

(1) Je n'ai pu retrouver ce tableau. (L. L.)

ce sont celles qui portent le germe de la maladie, ou donnent au corps une disposition prochaine a en recevoir la funeste influence; elles tiennent principalement de la nature du climat; telles sont : la situation topographique du pays; la composition et les variations de l'atmosphère; l'usage des eaux viciées, surtout de celles qui sont chargées de tuf, et les vapeurs pestilentielles qui s'élèvent continuellement des marais.

J'appellerai les autres causes secondaires ou aggravantes; ce sont celles qui contribuent à développer dans le sujet le germe de la maladie, et à en favoriser l'accroissement; elles tiennent particulièrement du fait de l'homme : on peut considérer comme telles la crapule dans laquelle on voit croupir une partie des habitants, la mauvaise nourriture, l'abus du vin; le peu de soins que l'on met à élever les enfants, la malpropreté des habitations; le défaut de circulation d'air dans l'intérieur, l'usage immodéré des poëles, la communication des enfants avec des crétins, etc.

CAUSES PREMIÈRES ET NATURELLES.

Le département du Simplon est environné de deux chaînes de glaciers et de montagnes très-élevées qui se replient sur elles-mêmes, et forment ses limites. La plaine renfermée entre ces montagnes et appelée la grande vallée du Rhône, est située de l'est à l'ouest; elle présente une infinité de sinuosités et est entrecoupée de vallons ou ramifications de vallées latérales dont la direction est inclinée du nord au sud, et *vice versa;* sa plus grande largeur n'est guère que de 5 kilomètres (une lieue); le Rhône coule au milieu et traverse le département dans toute sa longueur; ce fleuve est très-rapide, mais se trouve entravé plusieurs fois dans l'année par des torrents multipliés qui se précipitent du haut des montagnes, et qui, lors de la fonte des neiges, roulent avec impétuosité leurs flots dans son sein, et grossissent

considérablement ses eaux, qui, n'étant pas contenues par des digues, franchissent leurs barrières, et se répandent dans la plaine, où elles croupissent et forment une multitude de marais pestilentiels.

Cette légère description suffit pour faire concevoir que les causes premières que j'ai assignées comme principes du crétinisme, doivent puissamment agir sur la majeure partie du département, et on en conclura naturellement que les villes, bourgs et villages sont plus ou moins exposés à la contagion, en raison de leur situation qui permet aux causes premières d'exercer sur le pays une influence plus ou moins considérable; c'est ce dont il est facile de se convaincre par les faits et l'expérience.

En effet, après avoir observé que, dans le Valais, des habitations et des hameaux entiers, quoique faisant partie de la même commune, sont souvent placés dans une position tout à fait différente, on peut affirmer qu'il est notoire que les communes ou sections de communes qui comptent le plus de crétins, sont situées dans des vallées entourées de hautes montagnes contre lesquelles elles sont le plus souvent adossées; exposées pendant quatre mois de l'année aux rayons d'un soleil ardent, la chaleur réfléchie par les rocs brûlants y est tellement concentrée, qu'on n'y respire qu'un air étouffant et embrasé. On y voit régner habituellement l'auster, ou vent du midi, dont la maligne influence est connue de toute antiquité.... *Austrinæ Tempestates, inquit-Hippocrates, corpora solvunt et humectant, auditum hebetant, caput gravant, vertigines oculis, tarditatem et langorem corporibus afferunt, alvum humectant.* D'après l'idée que nous avons donnée du crétinisme, on est forcé de convenir que ce vent doit être une des principales causes de cette infirmité, et il est évident que les qualités pernicieuses que lui attribue Hippocrate, d'accord avec tous les savants qui l'ont suivi, se trouvent éminemment réunies dans le crétin.

Les bords du Rhône sont assez salubres dans les endroits où il est digué, mais les familles qui sont séparées du fleuve par des marais et des bourbiers remplis d'une eau infecte et croupissante, doivent nécessairement offrir un très-grand nombre de victimes. En effet, l'atmosphère naturellement pesante, et déjà si pernicieuse, est encore viciée par les miasmes pestilentiels et le gaz délétère qui, mis en fermentation par l'action d'un soleil brûlant, s'en dégagent avec abondance; ces vapeurs sont, en quelque sorte, balayées par les vents du sud qui s'arrêtent au pied des montagnes et planent continuellement sur les habitations, y déposent toutes leurs qualités malfaisantes. Le vent du nord pénètre cependant quelquefois dans ces vallées, mais l'auster y domine constamment, et en neutralise les effets qui, d'ailleurs, sont également anéantis par le courant du Rhône, et les bois et les arbres qui environnent presque toujours les habitations. Je ne crains donc pas d'avancer que les marais et bourbiers qui couvrent ce pays sont encore une des causes les plus puissantes du crétinisme, et qu'il est hors de doute qu'ils ont l'influence la plus funeste, puisque l'air méphitique qui s'en exhale a toujours été considéré, avec raison, comme le fondement et la source d'une foule de maladies, et qu'il a souvent occasionné des épidemies dans ces contrées.

Nous avons dit que l'usage des eaux viciées était aussi l'une des causes premières du crétinisme; nous pensons, en effet, avec nombre d'habitants et quelques auteurs estimables, que les eaux que l'on boit dans les vallées où l'on voit le plus de crétins et de goëtreux, et qui en descendant des montagnes et en parcourant de longues distances, se chargent de substances hétérogènes et sont imprégnées de muriate, de carbonate de chaux et principalement de tuf, sont vraiment pernicieuses; mais nous rejetons absolument l'opinion de ceux qui attribuent cette mauvaise qualité aux eaux qui proviennent des glaciers et de la fonte des neiges, car l'ex-

périence atteste que les habitants des hautes montagnes qui en boivent toute l'année sont sains et robustes.

On a remarqué que partout où il y avait des goëtres, ou des crétins, les eaux étaient, en général, imprégnées de tuf et autres substances calcaires; et en admettant ce principe, fondé sur des faits qui nous paraissent d'autant plus constants que dans différentes opérations chirurgicales, on a souvent retiré du goëtre en suppuration des concrétions de tuf, des morceaux plats de cette pierre calcaire et des matières sablonneuses; nous pensons que l'usage de ces eaux contribue singulièrement à produire les goëtres et qu'il influe aussi sur le crétinisme; ces deux infirmités, ayant, ainsi que nous l'avons annoncé, beaucoup d'affinité, quant aux principes dont elles émanent; il est essentiel de combattre ce vice, et sous le rapport du crétinisme et principalement sous le rapport des goëtres qui sont désagréables, surtout lorsqu'ils sont volumineux et qui devront également disparaître, si l'on parvient à anéantir les causes du crétinisme qui sont communes.

Je crois avoir suffisamment démontré que les vices dépendant de la topographie et du climat, que j'ai assignés comme causes premières du crétinisme, en étaient probablement le principe; j'ajouterai à l'appui de mes assertions qu'il est constant que les contrées où l'on voit des idiots et des goëtreux se rapprochent infiniment du Valais par leur nature, qu'on y trouve également des montagnes élevées, de profondes vallées soumises à la malignité des vents du midi qui y soufflent habituellement, qu'elles sont infectées par les miasmes pestilentiels qui s'échappent des marais qui les couvrent et que les eaux dont on y fait usage sont viciées et imprégnées de tuf et autres matières calcaires. Je citerai comme exemple le val d'Aost, le Dauphiné, la Maurienne, le Tyrol, une partie de la Suisse, etc.... Je pourrais encore appuyer mon raisonnement par l'analyse des contraires, en démontrant que ces infirmités sont inconnues

dans les pays où il n'existe aucun des vices principaux que je viens de citer; mais on en reconnaîtra surtout la justice et l'évidence si l'on considère que dans le Valais même, les habitations qui sont situées sur les hautes régions des montagnes où l'on respire un air pur et dégagé, présentent une population robuste et exempte de crétinisme et de goëtres, et que plusieurs portions de la vallée du Rhône qui ont plus de largeur et où l'air est plus agité, et la majeure partie des vallées latérales n'y sont presque pas sujettes, lorsqu'elles reçoivent les vents rafraîchissants du nord qui paralysent les effets de l'auster, qu'elles ne sont pas voisines des marais et qu'on n'y boit que des eaux de bonne qualité; l'expérience prouve d'ailleurs qu'elles ne renferment de crétins et de goëtreux qu'en proportion qu'elles sont plus ou moins exposées à l'influence de quelques-uns des principes malfaisants qui font la base de notre système.

CAUSES SECONDAIRES ET AGGRAVANTES.

Après avoir cherché à connaître le principe et le germe de la maladie, il convient d'examiner quelles peuvent être les causes secondaires et aggravantes; elles sont nombreuses et méritent d'être l'objet d'une attention réfléchie et des recherches les plus exactes; car je ne crains pas d'avancer qu'elles sont aussi préjudiciables que les causes premières, qu'elles influent essentiellement sur le crétinisme et qu'on parviendrait à détruire, ou du moins à affaiblir considérablement le principe du mal chez la plus grande partie des individus qui en sont atteints, si l'on prenait les précautions nécessaires, et si, pour la défendre du vice du climat, on avait pour la tendre enfance, dont les fibres délicates sont susceptibles de recevoir toutes sortes d'impressions, les soins et les ménagements que son état de faiblesse reclame impérieusement; en effet, il est notoire que beaucoup d'enfants qui, dans les cinq ou six premiers mois

de leur existeuce et souvent jusqu'à l'âge de 3 à 4 ans, ont paru sains et robustes, annoncent tout à coup des symptômes de crétinisme qui se développent avec rapidité, et parviennent bientôt au dernier période.

Les causes que je regarde comme aggravantes tiennent principalement à la manière de vivre des habitants, à leur inertie et à leur extrême indolence, qui les fait négliger tout ce qui tend à rendre les maisons plus salubres, mais plus particulièrement encore au défaut de soin dans l'éducation de leurs enfants qui, souvent par leur faute, se trouvent réduits à l'état affreux qui les dégrade et les prive de la qualité d'homme.

Pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur les habitations de la grande vallée du Rhône et d'en considérer l'intérieur; je vais en offrir un léger tableau :

En général, les maisons sont basses et étroites; elles se composent ordinairement d'une espèce de cuisine et d'une chambre où couche la famille entière et qui renferme également des poules, des chiens, des chats et quelquefois des cochons; n'étant jamais balayée, elle est remplie d'ordures et d'immondices; le jour n'y pénètre que d'un seul côté et par de petites fenêtres qui ne s'ouvrent jamais, eu sorte que la même masse d'air, naturellement insalubre et chargée de miasmes que la malpropreté et la corruption engendrent, circule dans cet appartement et ne peut s'y renouveler. Pendant l'hiver, des poëles y entretiennent une température de 15 à 20 degrés au-dessus de la glace, tandis qu'à l'extérieur elle est de 12 à 15 degrés au-dessous; on est daus une espèce d'étuve, on y respire une chaleur humide et étouffante et si l'on vient à sortir, le passage subit du chaud au froid excessif ne peut manquer d'affecter sensiblement les organes des corps, et surtout ceux des enfants qui n'ont encore aucune consistance.

La nourriture, composée de viandes salées ou fumées, de pommes de terre, de maïs, de châtaignes et d'un pain lourd

et presque sans levain, est indigeste et malsaine; le mari et la femme apathiques et crapuleux par caractère, passent dans la débauche tout le temps que le besoin de vivre ne les force pas de donner au travail; ils se gorgent de viandes salées, ils boivent avec excès des vins lourds et capiteux, et lorsqu'ils sont plongés dans l'ivresse, ils vont cuver leur vin et s'endorment le plus souvent à l'ardeur d'un soleil brûlant en été, et près d'un poële ardent en hiver ; or il n'est pas douteux que des époux qui dans cet état se livrent à la procréation de leurs semblables, ne peuvent donner au fœtus la substance nécessaire à la conformation d'un individu bien constitué.

A peine un enfant a-t-il vu la lumière, qu'on le comprime dans des langes sales et dégoûtants ; on le renferme dans un maillot qui ne laisse ni liberté ni mouvement à ses membres délicats, et on le dépose dans un berceau étroit où il passe la journée entière à se débattre contre les entraves qui le retiennent enchaîné ; souvent une mère dénaturée et mercenaire prive cet enfant de son lait pour le donner à un étranger et lui substitue un lait grossier et des bouillies indigestes ; lorsqu'il parvient à l'âge de deux à trois ans, tandis que la famille va se livrer aux travaux de la campagne, l'enfant reste seul à la maison; il est abandonné sur un lit, d'où il fait souvent des chutes assez graves, et pour s'en débarrasser entièrement, on a eu soin de le gorger d'aliments et quelquefois de vin. Quand on lui parle, ce n'est que par monosyllabes et presque toujours d'une manière inintelligible ; si on lui donne une garde, c'est pour l'ordinaire une très-jeune fille qui n'en a qu'un soin précaire, le laisse exposé à l'ardeur du soleil et, l'abandonnant à lui-même, le voit à chaque instant faire des chutes plus ou moins fâcheuses, mais toujours funestes à un âge aussi tendre. Quelquefois on le confie à des êtres entièrement, ou presque entièrement crétins, qui ne lui parlent que par signes et en faisant des cris et des contorsions. L'enfant,

toujours porté vers l'imitation, se rapproche naturellement de l'être infortuné qu'il a sans cesse sous les yeux et dont il copie les gestes et les manières; c'est ainsi que l'éducation la plus vicieuse plonge dans l'inertie et l'abrutissement ces innocentes créatures auxquelles on ne fournit aucuns moyens de développer leurs organes et leurs facultés intellectuelles, et qui bientôt augmentent le nombre des victimes.

OBSERVATIONS ET REMARQUES PARTICULIÈRES SUR LE CRÉTINISME.

Avant de chercher les moyens de remédier aux causes nombreuses du crétinisme, j'ai pensé qu'il était à propos de rendre compte de quelques observations particulières qui ont été faites sur cette maladie; les conséquences qui en dériveront pourront fournir des renseignements précieux et provoquer des recherches sur plusieurs faits importants qu'il paraîtra peut-être convenable d'éclaircir. La maladie dont, suivant nous, l'enfant apporte le germe en naissant, ne paraît cependant pas être un vice héréditaire, et il est constant que des crétins mariés à des individus exempts de cette infirmité donnent naissance à des êtres sains et spirituels, tandis que des individus bien constitués et doués de leurs facultés intellectuelles engendrent des crétins; on ne peut dire ce qui arriverait si le mariage avait lieu entre deux crétins, car on ne voit pas ces sortes d'union. Il est au reste notoire que des pères et mères qui sont bègues (chose très-commune dans le Valais) donnent souvent le jour à des idiots et que dans les familles où le premier né est crétin, les enfants qui viennent après lui le sont assez ordinairement : ces deux faits viennent à l'appui de ce que nous avons avancé que l'imitation est naturelle aux enfants, et qu'il est dangereux de les laisser habituellement avec des personnes bègues et indolentes, et surtout avec des crétins qui leur inoculent en quelque sorte le crétinisme, en leur en offrant sans cesse l'affligeant spectacle.

On a encore observé que les Valaisanes, qui s'unissaient à des hommes nés dans les anciennes provinces de France, et plus particulièrement dans la ci-devant Savoie, produisaient plutôt des crétins que lorsqu'elles s'unissaient avec des gens du pays, et que les filles qui épousaient des hommes nés dans les hautes régions des montagnes procréaient presque toujours des enfants sains et robustes; il est assez difficile d'expliquer cette espèce de phénomène; cependant nous sommes portés à croire que les individus de la France et de la Savoie qui venaient se réfugier dans le Valais étaient en général des hommes sans éducation, sans ressources et sans principes; que, n'étant point accoutumés au climat, ils étaient plus susceptibles d'en recevoir et d'en conserver la fâcheuse influence; qu'énervés par la chaleur excessive, devenus apathiques et se livrant habituellement à l'ivresse et à la débauche, il était assez naturel qu'ils transmissent à leurs enfants le germe du crétinisme qu'ils développaient ensuite par la mauvaise éducation; tandis que les habitants des hautes montagnes, forts et robustes, accoutumés à faire beaucoup d'exercice et à vivre avec sobriété, engendraient des enfants sains et vigoureux : ce qui me confirme encore dans cette opinion, c'est que les Français qui ont reçu de l'éducation, qui mènent une vie active et réglée et qui sont venus habiter dans ce pays, n'ont point eu d'enfants crétins quoiqu'ils aient épousé des Valaisanes.

Quelques auteurs ont prétendu que les habitants du pays avaient les crétins en vénération et que lorsqu'il y en avait dans une famille, on le regardait comme une faveur et une bénédiction du ciel. Cette opinion est dénuée de tout fondement : à la vérité, on a beaucoup de compassion et d'égards pour ces infortunés, et c'est un grand adoucissement de pouvoir penser que ces créatures innocentes ne commettent aucun crime et sont prédestinées; mais il n'est pas une seule famille qui ne préférât des enfants doués de leur intelligence. C'est ainsi qu'une mère qui perd dès ses premiers

ans, un enfant tendrement chéri, voudrait racheter sa vie au prix des plus grands sacrifices, et trouve cependant un motif de consolation dans la religion qui lui donne l'assurance que Dieu l'a appelé à lui et qu'il jouit d'un bonheur éternel. Je citerai à l'appui de cette assertion *Josias Simler,* qui est le seul historien du Valais et qui écrivait en 1574; il raconte que de son temps les sages-femmes connaissaient au moment de l'accouchement si le nouveau né devait être idiot, et que le premier compliment qu'elles adressaient à l'accouchée était..... *Dieu soit loué, l'enfant ne sera pas crétin :* ce qui prouve évidemment que les familles regardaient le crétinisme comme une affliction. Il est au surplus à regretter que les sages-femmes n'aient pas conservé cette précieuse connaissance, car il est très-rare aujourd'hui que l'on puisse connaître, au moment de l'accouchement, si l'enfant sera crétin ou non.

On a aussi remarqué que depuis une dizaine d'années le nombre des crétins est sensiblement diminué. On attribue cette amélioration au diguement du Rhône et au desséchement des marais qui ont eu lieu dans plusieurs communes; à des défrichements assez nombreux qui procurent une végétation abondante; à la vie plus laborieuse et plus active des habitants qui sont devenus un peu moins malpropres, et ne se livrent pas autant qu'autrefois à la crapule et à l'ivresse, parce qu'ils n'ont plus l'occasion de ces réunions fréquentes, inséparables du système d'un gouvernement purement démocratique; à la précaution que les parents prennent quelquefois d'envoyer les enfants dans les montagnes; et enfin aux relations que les enfants du pays ont avec ceux des familles françaises qui s'y sont établies en grand nombre depuis la réunion. Et il est constant que, dans notre système, ces motifs doivent puissamment contribuer à reculer les limites du crétinisme.

REMÈDES CURATIFS ET PRÉSERVATIFS DU CRÉTINISME.

J'ai mis sous les yeux de votre Excellence tous les renseignements qu'il m'a été possible de recueillir sur le crétinisme; il reste maintenant à chercher quels sont les remèdes curatifs et préservatifs qu'il conviendrait d'employer pour le combattre.

On ne peut se dissimuler que les causes de la maladie n'ayant jamais été parfaitement approfondies, les opinions que nous avons avancées ne sont que de simples conjectures; à la vérité, elles sont basées sur des faits nombreux et une longue expérience qui doivent leur donner le plus grand poids, mais, insuffisantes pour résoudre toutes les difficultés qui pourraient s'élever sur cette matière, elles laisseront toujours dans les esprits une incertitude désespérante. C'est donc à dissiper cette incertitude, c'est à scruter le mal jusque dans ses fondements que doivent particulièrement tendre tous les vœux et tous les efforts : cette entreprise est de la plus haute importance, le gouvernement seul peut l'ordonner et la faire réussir; elle est au surplus digne de fixer l'attention paternelle de votre Excellence qui aura bien mérité de l'humanité en cherchant à détruire un fléau qui est spécialement endémique au Valais, mais qui est commun à plusieurs autres contrées de notre belle France, et qui en affligeant la société, la prive d'une partie de ses membres et enlève au prince des ressources précieuses.

J'aurais en conséquence l'honneur de vous proposer, Monseigneur, de nommer une commission composée de personnes instruites dans les sciences chimiques, physiques et médicales, qui serait chargée de faire des recherches et des expériences pour parvenir à connaître d'une manière plus positive les causes qui donnent naissance au crétinisme.

Je vais entrer dans quelques détails propres à indiquer la nature de ces recherches et de ces expériences, et il sera fa-

cile de se convaincre qu'elles pourraient conduire à des découvertes importantes, et qu'il est naturel d'en espérer les plus heureux résultats.

Elles se rattachent en général aux principes que nous avons énoncés, et nous pensons qu'elles devraient avoir lieu dans toutes les communes du Valais où il existe des crétins, et avoir principalement pour objet les opérations suivantes :

1° Disséquer les crétins en plus grand nombre possible, examiner leur structure, particulièrement celle du cerveau, qui constitue le système nerveux, et s'assurer si cette structure est la même que chez les personnes douées de toute leur intelligence. Plusieurs savants ont pensé que cette opération était essentielle. M. de Maugiron avait eu l'intention de s'y livrer, mais il rencontra sous l'ancien gouvernement des difficultés qu'on ne trouverait pas aujourd'hui, et l'opinion publique serait même portée à seconder en ce point les vues du gouvernement.

2° Décomposer l'air atmosphérique, pour connaître les différents gaz qui forment sa substance. Il est à présumer qu'il se trouverait privé d'une grande partie de son oxygène et abondamment mêlé d'acide carbonique et autres fluides aériformes dont l'effet est de vicier les solides, de produire une atonie plus ou moins complète et, conséquemment, d'avoir une influence directe sur le crétinisme.

3° Décomposer de la même manière l'air qui circule dans les chambres d'habitation, et pendant la canicule, et pendant l'hiver, lorsqu'elles sont échauffées par la chaleur concentrée des poêles ou fourneaux.

4° Examiner quelle est la quantité de marais et d'eaux croupissantes qui infectent le pays, décomposer les gaz et miasmes délétères qui s'en échappent ; s'assurer de la véritable direction des vents, et reconnaître jusqu'à quel point ils portent ces miasmes sur les habitations et les retiennent en stagnation.

5° Déterminer en quelle proportion soufflent les vents du

nord qui balayent et purifient l'atmosphère, et les vents du midi dont la vapeur humide et malfaisante maintient dans un état de corruption l'air déjà vicié par des causes locales.

6° Vérifier à quel degré les inondations des torrents et les débordements du Rhône contribuent à la formation des marais qui couvrent les vallées, afin de s'assurer s'il ne serait pas essentiel de diguer le fleuve dans toute l'étendue de la vallée du Rhône, en considérant que le desséchement, d'ailleurs si utile sous d'autres rapports, rendrait à l'agriculture des portions de terrain considérables et ferait naître une végétation abondante qui contribuerait à absorber les gaz délétères dont l'atmosphère est surchargée.

7° Analyser les eaux dont les habitants font usage pour leur boisson et déterminer la quantité qu'elle renferme de tuf et d'autres substances hétérogènes propres à obstruer et à produire des engorgements et principalement le goëtre.

8° Rechercher dans quel mois de l'année il naît le plus grand nombre de crétins pour connaître si la disposition de l'atmosphère, au moment de la conception, n'influe point sur la maladie.

9° Examiner avec le plus grand soin à quel degré les causes secondaires et aggravantes peuvent contribuer aux progrès du crétinisme et vicier les solides, etc., etc.

Il serait à désirer que les recherches et les expériences dont je viens de parler se fissent à différentes époques, et dans tous les endroits où il existe des crétins, dans ceux même où il n'en existe pas, mais qui en sont les plus voisins; ainsi que dans les pays qui par leur nature ont plus ou moins d'analogie avec le Valais. On en combinerait les résultats avec le plus ou moins grand nombre de crétins qui se rencontreraient dans les lieux où on aurait reconnu plus ou moins de germes de corruption et de causes physiques, regardées comme principe du mal; il est certain que ces procédés, par les rapprochements qu'on serait à portée de faire et les inductions qu'on pourrait en tirer, fourniraient des

lumières précieuses et contribueraient puissamment à faire connaître les causes qui influent plus ou moins sur la maladie.

La commission pourrait être, en partie, composée de personnes du pays qui seraient à portée de renouveler les expériences nécessaires, de constater les faits jusque dans les plus petits détails et de fournir à chaque instant les renseignements qu'on désirerait obtenir.

Les vœux que je viens d'exprimer sont ceux de tous les habitants éclairés de ce département; votre Excellence saura sans doute en apprécier le mérite; elle sentira que si ma proposition était adoptée, les découvertes les plus importantes pourraient en être le résultat, et que si l'on parvenait à connaître d'une manière certaine les véritables causes de la maladie, on trouverait plus aisément les moyens de la combattre avec avantage.

Je crois cependant devoir admettre provisoirement en principe qu'il est constant, ou du moins très-probable, que les causes que j'assigne au crétinisme exercent, en effet, une influence immédiate, et je vais dans cette hypothèse présenter quelques vues sur les remèdes curatifs et préservatifs que je crois les plus propres à prévenir le mal ou en arrêter les progrès.

Je me propose de suivre dans l'indication des remèdes contre le crétinisme l'ordre et la marche qui m'ont guidé jusqu'ici et je parlerai d'abord de ceux que je crois propres à combattre l'influence des causes premières et naturelles :

1° Envoyer de bonne heure résider sur les hautes régions des montagnes les enfants qui ne paraîtraient pas bien constitués, ou dont l'indolence et l'apathie annonceraient des symptômes de crétinisme; ce préservatif, qui nous est indiqué par la nature, a déjà été employé par les habitants aisés de la ville de Sion, avec un succès qui en démontre l'efficacité.

2° Procéder au diguement du Rhône, et au desséchement

des marais. Cet objet, dont l'utilité est généralement reconnue sous le rapport de l'agriculture et de la salubrité, a fixé, d'une manière particulière, l'attention du conseil général du département qui en sent depuis longtemps l'indispensable nécessité.

3° Engager les habitants voisins du Rhône à boire de préférence des eaux du fleuve, et dans les communes qui en sont trop éloignées, à faire décomposer les eaux, afin d'établir, autant que possible, à portée des villes, bourgs et communes un peu considérables, des fontaines alimentées par les eaux de la meilleure qualité et non chargées de tuf ou autres substances hétérogènes.

4° Employer les toniques que la médecine reconnaîtra les plus capables d'exciter la sensibilité physique, et de rendre aux fibres du cerveau leur élasticité ; tels pourraient être le camphre, la valériane, le musc, l'opium, l'assa-fœtida, le thé, le café, etc.— Essayer les effets de l'électricité, du galvanisme et des eaux minérales de différentes espèces, etc.

Examinons maintenant les moyens qu'il convient d'employer contre l'influence des causes secondaires et aggravantes : ils dérivent de la nature même de ces causes, et se rapportent aux règles de conduite que l'on doit suivre dans l'intérieur des familles. J'ai indiqué la source du mal, les remèdes en découlent naturellement ; je crois cependant devoir en faire une courte analyse :

1° Vivre avec plus de sobriété ; ne pas faire un usage immodéré des viandes salées et fumées; ne pas se plonger habituellement dans l'ivresse et mener une vie active et laborieuse.

2° Ne pas dormir à l'ardeur du soleil, donner de l'air aux habitations, en y pratiquant un plus grand nombre de jours et en ouvrant souvent les portes et les fenêtres en été.... Ne pas chauffer les appartements avec excès pendant l'hiver, et y renouveler également l'air, en ouvrant quelquefois les portes et les fenêtres, ce qu'on ne fait jamais, dans la crainte

de les refroidir et dans la vue d'économiser le bois.

3° Proscrire l'usage des maillots, laver et baigner les enfants; les tenir dans un état habituel de propreté, et ne pas les abandonner à eux-mêmes; ne pas les confier à des personnes trop jeunes et surtout à des crétins, ne pas leur prodiguer une nourriture pesante, avec excès, et ne leur donner du vin qu'en petite dose; leur parler souvent, et éveiller par tous les stimulants possibles leur sensibilité et leurs facultés intellectuelles; leur faire prendre un exercice fréquent et modéré; ne pas les exposer à l'ardeur du soleil, et encore moins les y laisser dormir.

Il n'est pas douteux que si l'on se conformait soigneusement à ce que je viens de prescrire, on ne parvînt à détruire le crétinisme, ou du moins à en diminuer considérablement les victimes; mais s'il était facile d'indiquer les remèdes et de tracer une règle de conduite, on ne doit pas se dissimuler qu'on trouverait de nombreuses difficultés dans l'application des principes que j'ai développés; en effet, quelques-uns des moyens d'exécution sont indépendants de la volonté des habitants, d'autres sont évidemment au-dessus des forces et des facultés du plus grand nombre, et pour parvenir à l'anéantissement des causes secondaires et aggravantes, on aurait nécessairement à lutter contre les préjugés et la force des habitudes qu'on a toujours beaucoup de peine à déraciner.

Le gouvernement seul a, dans les mains, des ressources suffisantes pour venir au secours des êtres infortunés dont j'ai dépeint l'affreuse existence; seul, il peut améliorer l'intéressante population du Valais; cette entreprise est vraiment digne de la sollicitude paternelle de l'auguste souverain qui se plaît à répandre des bienfaits sur tous ses sujets, et j'ose supplier votre Excellence de s'intéresser à ce noble projet dont son cœur généreux saura sans doute apprécier tous les avantages.

Vous reconnaîtrez aisément, Monseigneur, qu'il faudrait

avant tout s'attacher à vaincre les difficultés que j'ai annoncé que l'on doit s'attendre à rencontrer, et je pense qu'il serait bon de charger la commission que j'ai proposé d'établir, de recueillir les lumières indispensables et de vous présenter un rapport à ce sujet. Je me bornerai à indiquer provisoirement et d'une manière générale les moyens qui me paraissent devoir conduire au but désiré, et qui, pour l'exécution, demanderaient des développements plus ou moins considérables, et des renseignements que votre Excellence ne manquera pas de recueillir, si elle reconnaît la nécessité de les adopter:

1° Employer l'influence que les maires, les adjoints, et surtout les curés ont sur l'esprit des habitants..... Ces personnes, généralement éclairées, sentent combien, sous tous les rapports, il serait important de changer et de détruire les habitudes vicieuses du peuple, et seuls ils sont en état d'y parvenir, à force de représentations, et en employant tout leur ascendant sur cette classe.

2° Créer des hospices dans lesquels, sous la surveillance de femmes choisies et zélées pour l'humanité, on élèverait un certain nombre d'enfants qui seraient pris parmi ceux qui annonceraient des symptômes de crétinisme.

Ces hospices seraient toujours approvisionnés des médicaments toniques jugés nécessaires, et, par les soins des maires et des curés, il en serait délivré une certaine quantité aux familles indigentes qui n'auraient pas leurs enfants crétins dans les établissements.

3° Former dans chaque canton un comité pour l'extinction du crétinisme..... Ce comité serait chargé de visiter les ménages, de fournir les renseignements désirables, de rechercher et de faire connaître tout ce qui pourrait tendre à l'anéantissement de ce fléau; on y attacherait un médecin ou chirurgien qui aurait l'inspection du canton et prescrirait le régime à suivre.

4° Etablir des instituteurs et institutrices primaires dont

les habitations seraient situées en bon air; ils donneraient gratuitement l'instruction et les soins nécessaires aux enfants, et éveilleraient par tous les moyens possibles leurs qualités intellectuelles.

5° Encourager l'établissement de quelques ateliers où l'on pût employer les enfants de l'âge de 10 à 15 ans; le travail les empêcherait de s'abandonner à l'indolence et à l'apathie, et leurs qualités physiques se développeraient insensiblement.

Dans le rapport que j'ai l'honneur de soumettre à votre Excellence, j'ai fait sentir toute l'étendue du mal; je n'ai donné, à la vérité, que des aperçus et des projets pour s'en garantir; mais je m'estimerai heureux, Monseigneur, si j'ai pu toucher votre belle âme, en faveur des infortunés qui réclament votre bienveillance; j'ajouterai que tous les habitants du Valais forment les vœux les plus ardents pour l'anéantissement d'un fléau qui dégrade l'humanité et afflige cruellement une population nombreuse et intéressante; ils espèrent tout de la bonté paternelle du gouvernement; ils s'en montrent dignes par leur dévouement et leur zèle à exécuter les ordres de Sa Majesté. Ce dernier bienfait lui gagnera irrévocablement tous les cœurs valaisans, et je ne doute pas que votre Excellence n'attache le plus grand intérêt à cicatriser la plaie profonde qui afflige ce pays, qu'elle ne sache distinguer ce qui est bon à faire et prescrire les moyens propres à atteindre le but que je me suis proposé et que je place au premier rang pour le bonheur du département que Sa Majesté a daigné confier à mes soins.

Le préfet du Simplon,

Le comte DE RAMBUTEAU.

RAPPORT

SUR LE

SERVICE MÉDICAL

DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE BAILLEUL (NORD)

POUR L'ANNÉE 1870

Par M. le Dr de LAMAËSTRE

médecin en chef de l'établissement,
ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris,
membre correspondant de la Société médico-psychologique.

CHAPITRE I.

MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le rapport médical d'un asile d'aliénés ressemble toujours un peu à celui qui précède. Néanmoins, quoique le sujet à traiter ne change pas, les observations et les résultats statistiques varient chaque année, tant les manisfestations pathologiques sont innombrables et diverses. Malgré de longues et douloureuses préoccupations, malgré le surcroît de travail occasionné par le service de l'ambulance qui a été installée dans notre asile et occupée le 20 janvier, je me suis peu écarté du plan que j'ai adopté dans mes précédents rapports et j'ai tâché de rendre l'exposition des faits aussi exacte que possible.

L'établissement est toujours dans une situation prospère. Le chiffre des admissions, en 1870, égale à peu près celui de l'an dernier, et le nombre des sorties a été encore aussi élevé que dans le précédent exercice. La mortalité a été plus forte qu'en 1869; mais ce résultat n'est dû qu'à des circonstances toutes naturelles qui seront indiquées dans le courant de ce rapport, aucune affection épidémique n'ayant encore

frappé l'asile depuis son installation dans le site où se trouvent réunies les meilleures conditions que l'hygiène recommande.

Le tableau suivant permet d'embrasser d'un coup d'œil le mouvement de la population de l'asile pendant l'année.

Tableau du mouvement de la population.

Population au 1er janvier 1870.	Indigentes			630
	Pensionnaires.	Classe sup.	9	150
		1re classe	25	
		2e —	31	
		3e —	51	
		4e —	34	
	Total			780
Population au 31 décembre 1870.	Indigentes			632
	Pensionnaires.	Classe sup.	12	156
		1re classe	21	
		2e —	38	
		3e —	50	
		4e —	35	
	Total			788
Admissions.	Pour la 1re fois		109	138
	Par suite de rechute		28	
	— transfèrement		1	
Sorties.	Par guérison		39	60
	— amélioration		14	
	— transfèrement		6	
	— autres causes		1	
Décès par cause naturelle				70
Existantes le 1er janvier 1870				789
Admises dans l'année				138
Total des existences et des admissions				918
Sorties et décès				130
Restent au 31 décembre 1870				788

Le nombre des existences et des admissions ou le nombre des malades traitées pendant l'année, s'élève à 918, sur lesquelles 60 sont sorties par suite de guérison, d'amélioration ou de transfèrement dans un autre asile et 70 sont décédées.

Les admissions ayant été un peu moins nombreuses que l'an dernier et le chiffre des décès ayant été, au contraire, supérieur à celui de 1869, il résulte que le chiffre de la population au 31 décembre 1870 n'est pas de beaucoup plus élevé que celui du précédent exercice à la même date.

Sur les 918 malades traitées en 1870, on compte :

Admissions volontaires	193
— d'office	725

CHAPITRE II.

ADMISSIONS.

Le nombre des admissions en 1870 a été un peu inférieur à celui de 1869 qui lui-même offrait une diminution sur l'année précédente. Pareil fait, c'est-à-dire l'abaissement dans le chiffre des admissions avait été constaté dans la plupart des autres asiles pendant ces dernières années. Ce résultat de la statistique qui tendait à se généraliser ne tardera pas sans doute à recevoir une notable modification.

L'augmentation des cas de folie a toujours été la conséquence des grands bouleversements qui se sont opérés dans la société.

Déjà parmi les malades admises dans le courant du dernier trimestre de 1870, il en est plusieurs chez lesquelles la frayeur de la guerre a été la cause principale de leur affection mentale.

Les aliénées admises cette année dans l'établissement sont au nombre de 138.

Admises pour la 1re fois.	109	138
— par suite de rechute ou de de transfèrement d'un autre asile.	29	
D'office.	89	138
Volontaires.	49	

Plusieurs pensionnaires ont pu être rendues à leurs familles cette année : 22 sur 60 sorties ; il en est mort également un certain nombre : 15. Malgré ces extinctions, le nombre des aliénées volontaires au 31 décembre 1870 est encore de 156, au lieu de 150 qu'il était en 1869 à la même époque.

En comparant le tableau des pensionnaires du 1er janvier avec celui du 31 décembre 1870, on remarque quelques différences qu'il est bon de signaler. Tandis que le nombre des pensionnaires volontaires de la 3e et de la 4e classe est resté à peu près le même à la fin qu'au commencement de l'exercice, il y a une légère différence pour les malades de 1re classe qui au 31 décembre sont au nombre de 21 au lieu de 25 au 1er janvier. Mais le chiffre des pensionnaires de 2e classe s'est élevé de 31 à 38, et parmi les malades de la classe supérieure, on en compte 12 à la fin de l'année, au lieu de 9 au commencement. Ce dernier fait montre que les familles, même celles de la classe riche, n'ont plus contre les asiles les préventions qu'elles avaient autrefois, et que certaines dans nos contrées préfèrent déjà conduire leurs malades dans notre établissement que de les envoyer au loin. Il est à présumer que cette catégorie de pensionnaires tendra plutôt à s'élever qu'à décroître à mesure que grandira l'établissement et que les familles seront certaines d'y trouver tout le confortable qu'elles désirent donner à leurs malades.

1° *Forme de la maladie des aliénées admises pendant l'année.*

Folie simple.	Manie.	Aiguë	3
		Sub-aiguë . . .	27
	Lypémanie	Simple.	38
		Hystérique . . .	3
		Suicide	7
	Démence	Simple	16
		Sénile	22
Folie paralytique			4
Folie épileptique			4
Imbécillité.			10
Idiotie.			2
		Total.	138

La manie et la lypémanie sont les deux formes dominantes de l'aliénation mentale, ainsi qu'on le voit par ce relevé. Généralisé dans la plupart des cas, le délire a présenté chez quelques malades un caractère moins vague et s'est rapproché plus ou moins du type de la monomanie.

Plusieurs cas de lypémanie suicide vraie (7) sont encore venus se joindre cette année à ceux qui existaient déjà. Aussi le quartier affecté à cette catégorie d'aliénées est-il toujours au complet.

Grâce à la surveillance dont ces malheureuses malades sont l'objet, soit dans le service qui leur est destiné, soit dans les autres divisions de l'asile où, par l'insuffisance de place dans le quartier spécial, on est assez souvent obligé de placer quelques-unes de ces aliénées, nous n'avons eu à constater aucun de ces accidents parfois inévitables, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre.

Les cas de démence sénile reçus cette année sont encore

plus nombreux que dans l'année précédente. Tandis qu'en 1869 figuraient parmi les admissions, 18 malades atteintes de cette forme de folie, on en compte 22 cette année, parmi lesquelles 15 sont agées de 70 à 88 ans.

Ainsi tous les ans l'asile reçoit un grand nombre de ces malades qui viennent prendre place à côté de celles qui, séjournant dans l'établissement depuis un temps plus ou moins long, présentent les mêmes conditions. Aussi chaque année la mortalité porte-t-elle principalement sur les malades atteintes de cette forme d'aliénation.

Aucun cas de délire aigu n'a été observé chez les 138 malades admises en 1870, et par opposition également aux trois dernières années, la folie paralytique n'est représentée que par un chiffre assez peu élevé dans le tableau des formes de la maladie mentale. Ainsi quatre paralytiques seulement ont été reçues dans le courant de cette année.

II° *Admissions par mois.*

Janvier.	14	Juillet	15
Février.	12	Août.	10
Mars.	7	Septembre	13
Avril.	14	Octobre	9
Mai	9	Novembre	13
Juin.	17	Décembre	5

Total : 138.

Il résulte de ce tableau que les malades se partagent l'année d'une manière très-inégale quant à la date de l'admission. C'est d'ailleurs la seule observation que l'on puisse faire sur ce classement dans lequel on remarque en juin 17 admissions, tandis que le mois de décembre n'en compte que 5. On peut même réduire ce nombre à 4, la folie n'ayant pas été constatée dans une de ces cinq admissions.

III° *Causes de l'aliénation mentale.*

Il est aujourd'hui généralement reconnu que les causes morales de la folie l'emportent de beaucoup sur les causes physiques. Ce fait ressort très-nettement de l'examen contradictoire des études statistiques de M. Moreau de Jonnès, qui, en 1843, prétendait assigner le premier rang aux causes physiques dans la production de la folie. Il est parfaitement prouvé aussi que, parmi les causes morales, les chagrins ont le pas sur toutes les autres, chez les femmes en particulier. Cette cause déterminante a pu être constatée sur plus de 30 des malades admises cette année. La même cause se trouve habituellement en jeu dans les cas de folie puerpérale. Les femmes placées dans les conditions de puerpéralité (grossesse, accouchement, lactation) sont rendues plus impressionnables que dans toute autre circonstance de leur vie. Les émotions pénibles, qui ont presque toujours leur source dans des chagrins de provenances diverses, amènent souvent de fâcheux résultats du coté des facultés de l'intelligence chez les femmes qui se trouvent dans la situation que je signale ; il m'a été donné d'observer cette année douze cas d'affection mentale liée à l'état puerpéral. Chez sept malades, les troubles cérébraux ont présenté les caractères de la manie aigue ou sub-aiguë ; les autres étaient affectées de lypémanie. Je regrette de ne pouvoir que mentionner ces douze observations très remarquables à divers titres.

Il est une cause qui cette année mérite d'être signalée plus particulièrement que dans les précédents rapports, c'est la frayeur de la guerre dont les désastres accablent notre pays. Parmi les malades reçues dans les derniers mois de l'année, il en est sept chez lesquelles cette cause a paru, à elle seule, déterminer la folie. Chez une 8e, atteinte déjà de démence, la cause dont je parle a imprimé une forme spéciale à son délire.

Chez toutes, les désordres de l'intelligence ont revêtu les caractères de la lypémanie ; l'une d'elles a même succombé, l'action dépressive de la frayeur sur tout le système nerveux étant venu se joindre à l'affaiblissement général de l'économie par le fait d'une maladie incidente dont il sera fait mention plus loin.

Les effets de la frayeur peuvent être immédiats, instantanés en quelque sorte. Parfois, au contraire, ce n'est qu'après le danger passé que l'on éprouve tous les effets de la frayeur. Suivant Esquirol, beaucoup de cas d'aliénation mentale éclatèrent pendant la révolution, peu de temps après que le régime de la Terreur eut cessé. Il est donc probable que les cas de folie dus à la cause dont il s'agit vont se multiplier dans toute la France et surtout dans les contrées qui auront le plus souffert du fléau qui nous frappe si cruellement.

Hérédité.

Comme dans les années précédentes, il a été tenu compte, autant que possible, de l'influence de cette cause prédisposante. Elle a été constatée chez 24 malades admises cette année. Dans 2 cas le principe héréditaire était porté à un haut degré. Dans le 1er, le père, la mère et 3 sœurs étaient ou avaient été aliénés. Dans le second, 7 parents, 5 oncles ou tantes et 2 sœurs, étaient morts de maladie mentale.

Etat civil. — L'influence généralement admise du célibat et du veuvage dans la production de la folie deviendrait de plus en plus marquée, d'après les faits recueillis dans cet asile depuis quatre ans. A ce point de vue, voici le résultat fourni par nos admissions de cette année.

Mariées		60
Célibataires.	64	78
Veuves.	14	
Total. . .		138

De cette cause prédisposante bien constatée, statisticiens et économistes ont donné des explications physiologiques et morales qui sont plus ou moins rationnelles. Il me paraît inutile de les signaler ici.

IV° *Récidives.*

Les malades admises par suite de récidive sont au nombre de 28. Manie et lypémanie avec débilité intellectuelle concomitante ou avec hérédité, folie alcoolique, manie puerpérale, telles sont les formes qui ont fourni le plus de cas de récidive, ainsi qu'on l'observe d'habitude. Une de ces malades admises cette année avait déjà été séquestrée 6 fois. Une autre entrait pour la 5e fois atteinte de manie puerpérale. Elle avait eu 5 enfants et à la suite du dernier accouchement, comme à la suite des 4 précédents, l'aliénation mentale s'était déclarée.

Dans mon rapport de l'an dernier, j'ai signalé les avantages que pourraient avoir les sociétés de patronage pour nombre d'aliénées qui, sortant des asiles par suite de guérison ou d'amélioration, se trouvent sans appui, sans direction, sans ressources. Plus on avance dans la pratique des maladies mentales, plus on constate l'utilité de ces sociétés dont la première fut fondée à Paris en 1843 pour les femmes sortant de la Salpêtrière : il serait bien à désirer que chaque département eût la sienne.

CHAPITRE III.

SORTIES.

Quoique le chiffre des admissions ait été inférieur à celui de l'an dernier, le chiffre des sorties par guérison et amélioration l'emporte sur celui de 1869, surtout pour les guérisons.

Le relevé suivant démontre que, depuis quatre années, le nombre des sorties accordées par suite de guérison ou d'amélioration augmente progressivement.

ANNÉES.	GUÉRISON.	AMÉLIORATION.	TOTAL.
1867	33	11	44
1868	35	14	49
1869	34	18	52
1870	39	14	53

D'après ce tableau, la différence entre 1869 et 1870 n'est pas grande, si l'on ne considère que le nombre total, mais si l'on compare le chiffre des guérisons véritables à celui des améliorations dans les deux années, on voit qu'il existe une différence assez sensible et tout à l'avantage de 1870, bien que, je le répète, le nombre des admissions ait été moindre qu'en 1869.

Forme de la maladie des aliénées sorties par suite de guérison ou d'amélioration.

Manie. . . .	Simple sub-aiguë . .	15	27
	Aiguë.	5	
	Périodique.	4	
	Puerpérale.	3	
Lypémanie. .	Simple	12	20
	Puerpérale.	3	
	Suicide	5	
	Démence		4
Imbécillité..	Simple	1	2
	Epileptique	1	
	Total. . .		53

La manie et la lypémanie étant les deux formes d'aliénation mentale dominantes, ce sont ces deux affections qui fournissent toujours le plus grand nombre de sorties. Parmi

les malades atteintes de manie, il en est cinq dont l'excitation était portée au plus haut degré. Ces malades affectées de manie aiguë sont toutes sorties guéries après un traitement assez court.

Ainsi que dans les années précédentes, il m'a été encore possible d'accorder la liberté à quelques malades qui étaient atteintes de lypémanie avec tendances dangereuses pour elles-mêmes. Cinq, dont le délire présentait ce caractère, ont quitté l'asile dans des conditions satisfaisantes.

Assez souvent accordées sur la demande réitérée des familles, ces sorties peuvent inspirer parfois des inquiétudes pour l'avenir. Car c'est surtout dans cette forme d'aliénation que le pronostic est trompeur. Jusqu'à ce jour, la plupart des guérisons obtenues dans ces conditions se sont confirmées, et, depuis 4 années, je n'ai pas encore eu à me repentir de mes décisions à l'égard de cette forme de lypémanie.

Parmi les admissions de cette année, j'ai signalé douze malades atteintes de folie puerpérale. La guérison a été obtenue chez six d'entre elles ; quelques autres sont en voie d'amélioration ; trois étaient atteintes de manie, et les trois autres présentaient les caractères de la lypémanie. Chez l'une, la dépression mélancolique était portée au plus haut degré, s'accompagnait de stupeur, et, circonstance grave, se compliquait de refus de nourriture. La malade qui, au moment de son entrée, se trouvait dans des conditions physiques très-mauvaises, a recouvré graduellement la raison ainsi que la santé physique, et sa sortie a pu avoir lieu après 3 mois et 20 jours de traitement.

Je terminerai ce chapitre par quelques remarques ou plutôt par une simple note relativement à l'état civil, à la durée du séjour des malades sorties guéries ou améliorées et relativement au nombre des séquestrations pour la même malade.

Quant à l'état civil, 34 sur 53 étaient mariées, et, pour la

durée du traitement, 46 sontsorties dans le cours de l'année de leur admision.

Moins de 1 mois	1
De 1 à 3 mois	17
De 3 à 6 mois	14
De 6 à 12 mois	14
Total	46

Voici le relevé obtenu quant au nombre des séquestrations :

Entrées ou malades pour la 1re fois	44
— — 2e —	6
— — 3e —	1
— — 4e —	2
Total	53

Au nombre des sorties figure, dans le tableau du mouvement de la population, une femme qui, n'ayant pas été reconnue aliénée, a été rendue à sa famille après quelques jours de soins nécessités sur place par le mauvais état de sa santé physique.

Enfin six aliénées ont été transférées cette année dans d'autres établissements. Une d'elles, au moment de son transfert, présentait une amélioration assez sensible.

Cinq ont été conduites à l'asile d'Ypres (Belgique) et une a été transférée à l'asile de Prémontré (Aisne).

CHAPITRE IV.

DÉCÈS.

La mortalité en 1870 a été notablement plus forte que dans les années precédentes, où le chiffre des décès, pour les deux dernières surtout, est descendu à un minimun (46 et 49) qui ne se reproduira plus probablement.

Plusieurs causes ont concouru cette année à cette augmentation dans le nombre des décès.

C'est d'abord la débilité sénile qui atteint progessivement un si grand nombre de nos aliénées. C'est encore la même condition observée sur une notable partie (22) des malades admises en 1870. A cette première cause il faut joindre la gravité des maladies physiques que présentaient quelques-unes des aliénées reçues pendant l'année.

Indépendamment des cas de mort par marasme sénile (17 au lieu de 7 en 1869), la mortalité par suite de phthisie pulmonaire ou d'affections organiques du cœur a été bien supérieure à celle qui en 1869 était due à ces mêmes affections réunies : 20 au lieu de 12.

Le tableau suivant donne le chiffre des décès dans chacune des formes d'aliénation dont étaient atteintes les malades qui ont succombé pendant l'année.

Forme de la maladie mentale des aliénées décédées.

Manie chronique		2
Lypémanie.	Simple	2
	Suicide	3
Démence.	Simple	19
	Sénile	20
Folie paralytique		9
Folie épileptique		8
Idiotie		1
	Total	70

La manie aiguë n'a donné lieu à aucun décès ; il en avait été de même l'année précédente.

Tandis que l'an dernier six malades atteintes de lypémanie suicide avaient succombé à diverses affections (marasme, phthisie), trois cas de mort seulement ont été observés cette année dans cette forme de folie mélancolique. Chez toutes les trois, le refus des aliments formait un des prin-

cipaux symptômes de leur affection. L'une, après avoir été nourrie artificiellement pendant plus d'une année s'est éteinte dans le marasme. L'autre, chez laquelle chaque repas nécessitait une véritable lutte, a succombé de même à l'épuisement. La 3e est morte de phthisie pulmonaire.

La démence, dans ses différentes formes, a fourni un chiffre de décès fort élevé.

Démence simple	19	54
— sénile	26	
— paralytique	9	

Dans 17 cas de démence sénile, la mort a eu lieu dans le marasme; pour les autres, comme pour ceux de démence simple, le décès a été dû à des causes diverses dont le relevé figure dans un des tableaux subséquents.

Sont décédées 9 paralytiques, parmi lesquelles 3 appartenaient aux aliénées de la Seine. Sept se sont éteintes dans le marasme et 2 ont succombé à des maladies incidentes qui seront notées plus loin.

Date du décès.

Janvier.	4	36
Février.	8	
Mars.	9	
Avril.	5	
Mai	6	
Juin	4	
Juillet	3	34
Août.	5	
Septembre	4	
Octobre	5	
Novembre	6	
Décembre	11	
Total.		70

Les décès se répartissent à peu près également dans les

deux semestres. Les froids très-rigoureux qui ont régné dans le dernier mois de l'année, ont contribué pour une certaine part à la mortalité qui a été beaucoup plus forte en décembre que dans les autres mois.

Age des aliénées décédées.

De 15 à 20 ans.	1
De 20 à 30 —	3
De 30 à 40 —	11
De 40 à 50 —	14
De 50 à 60 —	7
De 60 à 70 —	15
De 70 à 80 —	15
Au delà	4
Total. . .	70

Même remarque que d'habitude à propos de l'âge : c'est dans la période de 30 à 50 ans que la folie domine et revêt assez souvent des formes graves. L'élévation du chiffre de la mortalité dans cette période de la vie résulte donc naturellement de ces deux faits sous l'influence desquels 25 malades ont succombé cette année.

Quant aux décès chez des malades âgées (de 60 a 88 ans), ils ont été beaucoup plus nombreux que l'an dernier : 34 au lieu de 16.

Causes des décès.

Phthisie pulmonaire.	11
Pleuro-pneumonie.	2
Affections du cœur.	9
Congestion cérébrale	2
Apoplexie cérébrale	4
Attaques d'épilepsie.	5
Dysenterie	2
Erysipèle phlegmoneux	1
A reporter. . .	36

	Report. . . .	36
Pneumonie tuberculeuse.		1
Phlegmon gangréneux		1
Gangrène des extrémités		1
Kyste de l'ovaire		1
Résorption purulente		1
Marasme. Sénile	17	29
Paralytique	7	
Nerveux	4	
Scrofuleux	1	
Total. . .		70

Dans les asiles d'aliénés comme dans les hôpitaux, comme dans la clientèle privée, la phthisie pulmonaire occasionne de nombreux décès. L'an dernier 7 malades succombaient à cette affection qui en a enlevé 11 cette année. Comme toujours, c'est dans les formes dépressives de l'aliénation mentale que sévit la tuberculisation des poumons. Dans ces onze victimes de la phthisie, une malade seulement était atteinte de folie épileptique ; toutes les autres étaient affectées de lypémanie chronique ou de démence mélancolique.

Parmi nos aliénées atteintes d'affections organiques du cœur, 9 ont succombé cette année aux progrès de ces lésions plus ou moins anciennes. Une démente paralytique en rémission depuis plus de 2 ans a été rapidement enlevée par une de ces maladies que l'on observe rarement dans la paralysie générale. Passé inaperçu pendant longtemps, cet anévrysme du cœur ne s'est révélé par quelques symptômes que peu de jours avant la mort. A ce propos je ferai remarquer combien la tolérance pathologique chez les aliénés est grande. Il semble que le cerveau préoccupé ne préside pas ou préside mal à la réaction qui suit toute lésion grave d'un organe. Cette observation s'applique non-seulement aux maladies du cœur, mais à un grand nombre d'autres affections incidentes chez les aliénés, comme la phthisie pul-

monaire, par exemple, qui assez souvent ne se révèle qu'à la dernière période.

Deux dysenteries se sont terminées par la mort, l'une survenue chez un démente fort âgée, l'autre observée, au contraire, sur une jeune femme qui en était atteinte au moment de son admission. Contractée en Cochinchine depuis 18 mois, cette affection chronique avait subi une récrudescence en même temps que sous l'influence des émotions de la guerre actuelle se déclarait l'aliénation mentale.

Une malade dont il a été question dans mes précédents rapports et à laquelle depuis 3 années je donnais mes soins pour des lésions scrofuleuses diverses a dû subir l'amputation de la cuisse le 25 février. Très-habilement pratiquée par mon ami M. le docteur Cortyl, cette opération permettait d'espérer un heureux résultat, car depuis assez longtemps toute autre localisation de la scrofule que la tumeur blanche du genou faisait défaut, et la plaie de l'amputation était presque cicatrisée, malgré l'indocilité de la malade, lorsque se déclarèrent des phénomènes de résorption purulente, et la mort arriva le 1er avril.

Ainsi que l'indique le relevé des causes de décès, 29 malades ont succombé au marasme occasionné tantôt par les progrès de l'âge (17), tantôt par les progrès de la paralysie générale (7), tantôt enfin par l'épuisement, résultat d'une longue et grande excitation nerveuse, ou d'un état cachectique, ainsi que le fait a été observé chez une malade atteinte depuis longtemps d'une adénite suppurée. Pendant la convalescence d'un érysipèle de la face, elle fut prise de phénomènes locaux et généraux liés à la cachexie scrofuleuse préexistante et elle s'éteignit dans le marasme.

CHAPITRE V.

AFFECTIONS INCIDENTES.

Pour rester fidèle à la coutume que j'ai adoptée dans mes autres rapports annuels, je ne parlerai dans ce chapitre que de maladies incidentes qui se sont terminées par guérison, toutes celles qui ont amené la mort se trouvant mentionnées dans le précédent.

Malgré l'absence de toute maladie épidémique ou contagieuse, le nombre des affections incidentes a été plus considérable qu'à l'ordinaire. En voici le relevé :

A. *Internes.*

Phthisie pulmonaire	6
Pneumonie	1
Bronchite et catarrhe pulmonaire	8
Laryngite	9
Angine	5
Rhumatisme articulaire aigu	4
Erysipèle de la face	25
Diarrhée	40
Embarras gastrique	34
Hématémèse	1
Fièvre typhoïde	1
Fièvre intermittente	10
Ictère	1
Maladies du cœur	8
Apoplexie cérébrale	2

B. *Externes.*

Fracture de la jambe	2
Fracture de l'olécrane	1
Entorses	4
Plaie de tête	1

Plaies ulcérées du coude et de la hanche. .	3
Ulcère variqueux	2
Brûlures profondes	2
Erysipèle.	5
Abcès divers	8
Adénite sous-maxillaire.	2
Anthrax.	10
Panaris	5
Nécrose (*radius*, *cubitus*, *femur*).	3
Hématome de l'oreille.	2
Otites	2
Ophthalmies	5
Maladies cutanées (*zona*, *urticaire*, *pemphygus*, *impetigo*, *eczema*)	8
Ptyalisme	6
Accouchements.	3

Parmi les 17 cas de phthisie pulmonaire observés pendant l'année, 11 se sont terminés par la mort, ainsi que je l'ai dit dans le chapitre précédent. Parmi les 6 qui sont encore en traitement, il en est 2 qui ont subi une amélioration assez notable.

Les angines, laryngites et bronchites n'ont présenté rien de particulier. Il n'en est pas de même du rhumatisme articulaire aigu dont un cas surtout mérite d'être signalé. Observée chez une malade atteinte de manie, l'affection rhumatismale, après avoir occupé successivement presque toutes les articulations des membres, s'est portée sur les enveloppes externe et interne du cœur et a donné lieu à des phénomènes très-graves. Malgré cette complication qui avait amené de grands désordres dans la circulation générale, la guérison a été obtenue après quatre mois de traitement. Ce fait mérite encore d'être signalé à un autre point de vue. Depuis la guérison du rhumatisme articulaire, cette malade est entrée dans une période d'amélioration très-prononcée et soutenue pour son affection mentale qui, depuis cinq ans, n'avait subi aucune modification et ne permettait plus d'espérer un changement favorable.

Le rhumatisme articulaire aigu a été observé trois fois chez une épileptique dont les attaques se montrent par séries, et, particularité remarquable, les douleurs articulaires sont survenues chaque fois un peu avant les attaques convulsives dont elles constituaient comme les prodromes.

Maladie externe, mais souvent de cause interne, l'érysipèle de la face a été noté chez 25 malades. Cette affection, toujours assez fréquente dans notre asile, a présenté cette année plus de gravité que dans les années précédentes. Néanmoins tous ces faits se sont terminés par la guérison.

Des troubles du côté de l'appareil digestif ont régné en assez grand nombre. Ainsi le relevé ci-dessus porte 34 cas d'embarras gastrique et 40 cas de diarrhée. Cette dernière maladie a été particulièrement observée pendant les variations de température d'abord et puis pendant les grands froids qui ont sévi au commencement de cet hiver.

La fièvre typhoïde n'a été constatée qu'une seule fois ; mais elle a été très-grave. L'aliénée épileptique qui en a été atteinte a présenté, dans leur plus haut degré d'expression, tous les caractères de la fièvre adynamique. Ce n'est qu'après deux mois de soins qu'elle est entrée en convalescence de cette pyrexie qui a enlevé à la malade le peu de raison dont elle jouissait encore et qui, par l'appauvrissement laissé dans son organisme primitivement faible, semble avoir déposé les éléments d'une tuberculisation pulmonaire.

Indépendamment des 9 décès par des affections organiques du cœur, 6 autres malades ont présenté, à diverses reprises, pendant l'année, les fluctuations habituellement observées dans ces conditions pathologiques ; elles étaient à la fin de décembre dans un état assez satisfaisant.

Pour terminer ce qui regarde les maladies incidentes de cause interne, je mentionnerai 10 cas de fièvre intermittente et deux apoplexies cérébrales avec hémiplégie. Dans un de ces cas, l'hémiplégie droite s'accompagnait d'un certain degré d'aphasie.

Parmi les maladies incidentes de cause externe, il en est quelques-unes qui offrent de l'intérêt. Je citerai d'abord trois fractures : deux fractures de la jambe et une fracture de l'olécrane.

Chez une des malades dont les deux os de la jambe gauche ont été brisés, la lésion était simple et les fragments ne présentaient pas un bien grand déplacement. La consolidation a donné un bon résultat et la guérison a eu lieu sans aucune complication, malgré l'indocilité de la malade dont le membre était difficilement maintenu dans l'immobilité.

Chez la seconde, la fracture occupait également les deux os de la jambe ; mais ici les fragments du tibia étaient multiples, l'un était même flottant dans l'épaisseur des chairs. Il était de la plus grande importance chez cette malade de tenir le membre immobile afin d'affronter le mieux possible les fragments osseux. D'après mes indications, on put fabriquer à l'asile une gouttière en bois dans laquelle le membre fut placé et où il pouvait recevoir les pansements nécessaires sans que l'on fût obligé de lui imprimer des mouvements dangereux pour la coaptation et la réunion des fragments. Au bout de 45 à 50 jours, la consolidation était suffisamment établie pour qu'il fût possible de remplacer la gouttière par un bandage dextriné. Dès ce moment la malade quitta son lit et commença peu à peu à s'exercer à la marche. Malgré la gravité de cette fracture, le résultat a été des plus satisfaisants. La consolidation a été obtenue sans raccourcissement du membre et sans déformation bien apparente de la jambe.

La fracture de l'olécrane qui présente également un grand intérêt est survenue le 29 octobre chez une femme très-active, très-laborieuse malgré son grand âge (84 ans). La malade ayant voulu travailler encore après l'accident ne fut conduite à l'infirmerie que le lendemain. Au milieu de la tuméfaction considérable du membre, la fracture était bien reconnaissable à la crépitation et aux mouvements de laté-

ralité en sens inverse que l'on pouvait imprimer aux fragments. Le bras ayant été placé dans l'extension et condamné à l'immobilité par une gouttière en carton d'abord et puis par une bande dextrinée, la consolidation était parfaite au bout de six semaines et constituée par un cal entièrement osseux. A la fin de décembre, la malade pouvait, à sa grande joie, reprendre son travail habituel à la buanderie, où elle est notée comme une des meilleures ouvrières.

L'erysipèle figure encore ici, mais à titre de maladie externe. Observé chez 5 malades il occupait les membres inférieurs où il reconnaissait pour cause tantôt des varices, tantôt une petite plaie superficielle.

Trois plaies ulcérées du coude et de la hanche ont été observées chez des malades agitées. Les deux premières qui siégeaient au niveau de l'olécrane ont été guéries assez promptement en immobilisant l'articulation. L'autre, qui était située sur la région du grand trochanter, a demandé près de 3 mois de soins assidus, car il existait un décollement considérable avec plusieurs trajets fistuleux.

Chez six aliénées (mélancoliques, démentes), le ptyalisme, partie constituante de leur délire, était porté si loin qu'il constituait comme une maladie incidente locale. Chez 3 de ces malades encore en traitement, la salivation se montre d'une façon périodique, mais 3 autres présentent ce phénomène depuis plus de deux ans et le sommeil seul en interrompt la production ; aucun moyen de traitement physique ou moral n'a pu réprimer cette cause d'épuisement.

Dans ce relevé des affections incidentes se trouvent portés trois accouchements. Chez l'une des malades qui était atteinte de lypémanie, l'accouchement fut naturel et n'eut aucune influence favorable sur l'état mental. Les deux autres présentent plus d'intérêt.

Pour la 1re malade, qui était affectée d'une manie aiguë, l'accouchement s'est fait avant terme (6 mois), et au milieu du désordre de l'agitation maniaque. Les deux jumelles

mises au monde n'ont vécu que quelques jours. Ici la délivrance a eu des conséquences favorables pour la maladie mentale, qui, à partir de l'accouchement, s'est améliorée peu à peu, et, deux mois et demi après, cette pensionnaire a pu quitter l'asile dans des conditions satisfaisantes.

La 2e malade était atteinte de lypémanie avec hébétude très-prononcée, mutisme complet. L'accouchement eut lieu à terme, mais la présentation de l'épaule nécessita la version qui fut très-pénible, car les eaux étaient écoulées depuis assez longtemps quand j'eus à intervenir ; le bras faisait issue au dehors, et les manœuvres furent rendues très-difficiles dans cet utérus fortement contracté sur le corps de l'enfant. Celui-ci fut néanmoins extrait, mais dans l'état de mort apparente ; ce ne fut qu'après une demi-heure de soins (bain chaud, frictions, insufflations) qu'il revint à la vie. Les suites de couches furent très-heureuses, et cette femme de même que la précédente subit, à partir de ce moment, une amélioration progressive dans son état mental. Elle quittait l'asile guérie quatre mois après son accouchement.

Parmi toutes les affections incidentes que je viens de passer en revue, y en a-t-il quelqu'une, en dehors des deux cas relatés ci-dessus, qui ait joué le rôle de crise à l'égard de la maladie mentale? Il est permis de répondre par l'affirmative ; mais ces faits sont exceptionnels et ne se constatent que de loin en loin. J'ai pu cette année accorder la sortie à une malade atteinte de manie aiguë qui, depuis deux ans, avait résisté à tous les moyens mis en usage. L'amélioration n'a commencé à se dessiner qu'à la suite d'un vaste anthrax, et à dater de ce moment elle a été franche et progressive. J'avais observé un fait analogue dans les premiers mois de mon entrée en fonctions dans cet asile, et j'ai appris que, depuis cette époque déjà assez éloignée, la guérison ne s'est pas démentie.

L'érysipèle de la face a été signalé comme critique dans certaines formes d'aliénation. J'ai observé jusqu'à ce jour un grand nombre de cas de cette affection incidente dont quelques-uns assez graves avec épistaxis, et jamais je n'ai constaté la moindre modification heureuse à leur suite, quelle que fût la forme de la maladie mentale.

La folie est quelquefois jugée et guérie par une affection organique, comme la phthisie pulmonaire par exemple. J'ai observé trois cas de ce genre cette année. A mesure que la maladie de poitrine faisait des progrès, j'ai pu constater l'atténuation progressive et la disparition de la folie chez ces 3 malades dont une a pu être rendue à sa famille. La sortie des 2 autres aurait pu être accordée si le transport avait été possible.

Le rhumatisme articulaire aigu, généralisé et aggravé par des complications du côté du cœur, a joué un rôle manifestement critique dans le fait que j'ai cité au commencement de ce chapitre.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

Pour les maladies de l'esprit comme pour les maladies physiques, le traitement est d'autant plus efficace qu'il est appliqué à une époque plus rapprochée du début. Malheusement nombre d'aliénés curables qui sont amenés dans les asiles ont été retenus trop longtemps dans leurs familles pour une cause ou pour une autre.

Cette observation, que j'ai faite dans mes premiers comptes rendus et qui a été pendant longtemps l'expression d'un fait général, tend cependant à perdre de sa force. Ecartant les faits de séquestration à domicile que l'on se permet quelquefois encore dans des intentions plus ou moins avouables,

il faut reconnaître que, depuis quelque temps, le placement dans les asiles est généralement mieux accepté par les familles, et que celles-ci comprennent mieux les avantages de cette mesure appliquée de bonne heure.

La médecine morale prime les ressources de la pharmacopée. Cette vérité, qui a été émise depuis plusieurs siècles par les philosophes, est généralement acceptée aujourd'hui par les médecins aliénistes.

Produite le plus souvent par des causes morales, chez la femme surtout, la maladie mentale doit se laisser influencer par tout ce qui agit sur l'esprit, plutôt que par les moyens physiques, du moins dans les premiers temps de son développement. A mesure qu'elle s'éloigne de son origine, la folie donne lieu à des altérations matérielles dans les centres nerveux qui réclament l'application concomitante de moyens autres que ceux dont l'emploi pouvait convenir exclusivement au début.

Les agents de traitement mis en usage dans les années précédentes ont trouvé cette année les mêmes indications et ont peu varié quant au nombre et à la qualité. Il a été fait cependant quelques essais de préparations thérapeutiques nouvelles dont il sera parlé plus loin.

Le traitement moral, dont il n'est pas possible de donner une définition précise, se compose d'une série de moyens destinés à agir sur l'esprit, sur les sens, sur les sentiments affectifs et moraux. Varier, combiner ces moyens non-seulement pour chaque forme d'aliénation, mais encore pour chaque aliéné, telle est la méthode que doit suivre le médecin qui, dans ses rapports quotidiens avec les malades, parvient à discerner ce qui convient à chacun, et à juger quel est le moment opportun pour frapper d'une manière utile ce mécanisme, si étonnamment varié dans ses expressions maladives.

Il est de règle, dans le traitement moral des aliénés, d'arrêter et de combattre les idées délirantes par tous les moyens

possibles. Il faut donc éviter avec soin de leur transmettre des impressions qui les entretiennent et les provoquent.

Pour que les aliénés retirent de l'ensemble des agents moraux tous les avantages que l'on peut en attendre, il faut, avant tout, un bon classement, une judicieuse répartition des formes de la folie. Je m'étudie à remplir cette indication capitale autant que le permet la disposition des locaux.

J'ai pour précepte également de ne jamais laisser l'aliéné livré à lui-même, et, pour empêcher mes malades de s'abandonner à leurs conceptions délirantes, je les occupe autant que possible, car le travail constitue le premier élément du traitement moral. Je cherche à créer à l'aliénée des occupations qui soient en rapport avec ses habitudes antérieures, avec son éducation première et le degré d'intelligence dont elle est douée.

Le travail manuel à l'air libre est particulièrement utile, car il a un double avantage, celui d'opérer du côté de l'esprit une diversion favorable et celui d'entretenir la santé physique, de dissiper même quelques états généraux qui ont parfois une grande influence sur l'état mental. Il m'est permis chaque année d'observer quelques cas de guérison que l'on peut attribuer en grande partie à cette double influence du travail au dehors.

Nombre des aliénées occupées au 31 décembre 1870.

Buanderie	28
Repasserie	10
Couture et tricot	265
Mobilier	54
Jardin et champs	40
Lingerie	8
Cuisine	20
	425

La prière à l'église, l'assistance aux exercices du culte

aident aussi au traitement. L'exemple du calme et du recueillement que les malades ont sous les yeux leur inspire de la réserve, les porte à s'observer, à veiller sur eux-mêmes. Dans la chapelle exiguë de notre asile, il est fort rare, pendant les offices, de voir quelques malades troubler l'ordre et donner des signes extérieurs de leurs illusions ordinaires.

Il est des formes d'aliénation dans lesquelles le traitement moral est applicable dès le début. La lypémanie est souvent dans ce cas. Il l'est toujours dans la plupart des formes de la folie à l'époque de la convalescence, ou dès que le calme tend à revenir. Mais il en est qui demandent tout d'abord l'emploi des moyens physiques. Telle est souvent la manie dans ses expressions aiguë et sub-aiguë.

Parmi les moyens physiques, les bains tiennent le premier rang. Prolongés pendant 2 à 6 heures, avec ou sans irrigation, ils sont indispensables dans ces deux dernières formes de la manie, ainsi que dans l'excitation de la démence et de l'imbécillité; mais quant à celles-ci, l'administration de la douche suffit quelquefois pour éteindre l'agitation.

A cet agent physique principal il est nécessaire de joindre souvent quelques préparations opiacées (*extrait d'opium*, *sirop de morphine*), surtout lorsqu'il y a insomnie, hallucinations, agitation nocturne.

Les purgatifs ont été administrés dans une foule de circonstances et presque toujours avec avantage pour l'état mental. Dans le but de combattre quelques tendances vers la congestion du cerveau, ou pour remédier à un état pléthorique plus ou moins marqué, les purgatifs sont en général préférables aux émissions sanguines chez les aliénés et surtout chez les aliénés paralytiques, où cependant la saignée du pied est utile quelquefois.

Sous l'influence de ces derniers moyens, unis aux boissons alcalines et à un régime alimentaire soigneusement gradué,

plusieurs malades atteintes de paralysie générale, qui sont dans l'asile depuis 4 ans, ont été maintenues dans des conditions assez satisfaisantes.

La menstruation, soit dans son évolution physiologique, soit par les troubles qu'elle présente si souvent, joue un grand rôle dans l'expression du délire chez les aliénées. Aussi le médecin doit-il toujours se préoccuper de la manière dont s'accomplit cette fonction si importante, ses moyens d'action devant varier dans maintes circonstances, selon les indications qu'il est appelé à en tirer.

L'aliénation mentale étant souvent liée à des états généraux, tels que la faiblesse de la constitution, une disposition chloro-anémique, il y a lieu de ne pas négliger les moyens qui peuvent combattre ces états morbides. C'est dans ce but que les toniques (*quinquina, vin ordinaire ou généreux, régime alimentaire choisi*), et les ferrugineux ont été ordonnés chez plusieurs malades.

C'est par l'emploi de ces divers moyens moraux et physiques que j'ai pu amener le calme des malades en général, améliorer l'état de quelques-unes et obtenir un certain nombre de résultats curatifs.

Parmi ces derniers, il en est d'assez remarquables que je ne ferai que mentionner.

Une malade atteinte de folie raisonnante avec idées religieuses exagérées est sortie dans un état d'amélioration très-notable qui, peu de temps après, aboutissait à une guérison complète, ainsi que j'en ai eu l'assurance.

Dans cinq cas, la manie aiguë s'est terminée par la guérison, après l'emploi combiné des moyens physiques d'abord, et puis du traitement moral aidé des toniques qui sont presque toujours nécessaires vers la période du déclin et pendant la convalescence de cette affection, dans laquelle l'organisme subit toujours un épuisement plus ou moins prononcé.

Une malade affectée de manie a pu quitter l'asile après

dix années de séjour, l'état hystériforme qui compliquait son état mental s'étant dissipé graduellement, partie sous l'influence de l'âge et du traitement moral, partie avec l'aide d'une médication tonique.

Plusieurs cas de lypémanie ont été guéris ou améliorés. Deux surtout ont été remarquables. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille qui, à la suite de violents chagrins, était tombée dans une mélancolie profonde. Au moment de son admission, elle présentait une grande stupeur, un état semi-extatique dont rien ne pouvait la tirer. En même temps elle opposait la plus grande résistance à l'alimentation. Cette situation a donné pendant quelques jours de grandes inquiétudes. La malade parut enfin sensible aux soins et aux témoignages d'intérêt qu'on lui prodiguait, et peu à peu elle se rétablit.

Dans le second cas, l'affection mélancolique consécutive à un accouchement récent, s'accompagnait d'une hébétude extrême. Pour cette malade comme pour la précédente, il fallut avoir recours à l'alimentation artificielle. Mais dans ce cas, le refus de nourriture qui datait de plusieurs jours avait amené un appauvrissement physique très-prononcé. Malgré ces mauvaises conditions, la guérison eut lieu dans un espace de temps assez court, eu égard à la gravité de la maladie.

Parmi les malades encore en traitement, il en est une qui, atteinte de manie aiguë puerpérale, est à l'asile depuis plus de deux ans. Après une période d'acuité très-longue, qui a été combattue par une multitude de moyens, le calme est enfin survenu ; et depuis deux mois, sous l'influence du traitement moral dans lequel on cherche surtout à réveiller les sentiments affectifs, la raison tend à revenir, à la grande satisfaction de la famille, et je puis ajouter au grand contentement de tous ceux qui ont assisté aux diverses phases de ce fait intéressant.

Quelques essais ont été tentés avec le bromure de potas-

sium et le chloral. Le premier de ces médicaments qui, depuis quelques années, est entré dans la thérapeutique des névroses où il a été reçu d'abord avec une sorte d'enthousiasme par quelques médecins, n'a produit un effet appréciable entre mes mains que chez une malade atteinte de lypémanie aiguë, qui, dans ses accès, se déchirait la figure et les membres. Le bromure donné à dose assez élevée parvint à calmer la malade, qui fut transférée à l'asile d'Ypres dans un état relativement satisfaisant.

Essayé chez une malade atteinte de manie aiguë hystériforme qui, dans certains accès, rappelle par ses mouvements désordonnés les convulsionnaires de *Loudun* ou de *Morzines*, le chloral n'a donné aucun bon résultat. Il a été également sans effet sur la malade affectée de manie aiguë puerpérale dont je viens de parler.

Les malades atteintes de sitiophobie sont toujours en assez grand nombre dans notre asile. Indépendamment des deux faits de guérison rapportés ci-dessus, douze cas analogues, quant au phénomène dont il s'agit, ont été observés cette année. Une de ces malades, véritable type de monomanie, était alimentée artificiellement depuis dix-huit mois, lorsque enfin, épuisée par l'irrégularité de l'alimentation et par les luttes quotidiennes qu'il fallait engager avec elle à chaque repas, elle est tombée dans un état cachectique qui s'est terminé par une apoplexie séreuse.

La sitiophobie est très-rare dans la paralysie générale. J'en ai cependant donné un exemple dans mon rapport de 1868. Un nouveau cas a été constaté cette année. Indépendamment du refus des aliments, cette paralytique présentait des tendances au suicide très-caractérisées. Enfin la cause même de la mort a été chez elle une anomalie; elle a succombé à un anévrysme du cœur, lésion très-rare chez les paralytiques en démence, ainsi que je l'ai dit dans un autre chapitre.

La douche réussit quelquefois à faire manger ces mal-

heureuses malades, du moins temporairement. Chez une d'entre elles, la menace ou la vue de la sonde œsophagienne a suffi plusieurs fois pour rompre sa résistance. Mais le plus souvent tous les moyens physiques et moraux échouent en présence de cette conception délirante qui entraîne le marasme et la mort dans un temps plus ou moins long.

A l'encontre de ce qui a lieu dans les asiles anglais, les moyens de contrainte matérielle ou le restraint sont encore employés dans la plupart des asiles de France. Par la douceur, la persuasion, l'indulgence, unies à une certaine fermeté, on parvient à réaliser une sorte de contrainte morale qui, dans nombre de cas, permet d'éviter les moyens de contrainte physique. Mais ceux-ci sont indispensables, à mon avis, dans les grands accès d'agitation maniaque simple ou paralytique, dans quelques formes de monomanie suicide, chez certaines démentes qui deviennent quelquefois dangereuses dans leurs périodes d'excitation. Pour tous ces derniers cas, l'application de la camisole n'est en général que transitoire. Dans notre asile qui renferme 800 aliénées, 3 malades seulement ont la camisole en permanence.

L'une, atteinte de démence, déchire ou brise tout ce qu'elle trouve à sa portée dès qu'on lui laisse la liberté de ses bras. L'autre est une idiote qui, maîtresse de ses mouvements, déchire tous ses effets dont elle avale les lambeaux, les cordons, les boutons, et qui agirait de même pour tous les corps étrangers dont ses mains pourraient s'emparer. La troisième, signalée dans mes précédents rapports, est une malade atteinte de monomanie homicide qui est d'autant plus dangereuse que ses actes sont raisonnés et se produisent sous la forme d'impulsions irrésistibles et instantanées. Dans l'intention de rendre sa position moins pénible, j'ai essayé à diverses reprises de lui accorder un peu plus de liberté sous la surveillance incessante d'une domestique dans la journée; mais ces essais n'ont en rien modifié ses

tendances, et cette malade doit être encore l'objet d'une contrainte physique à peu près permanente.

Quoi qu'en disent les médecins anglais, ces moyens (*camisole*, *manchettes*) valent bien l'encellulement et la force manuelle des surveillants. L'emprisonnement cellulaire presque continuel, dans des loges obscures, matelassées, ne peut que devenir nuisible aux malades à tous les points de vue. Quant à la surveillance et à la répression par des gardiens, cette mesure donne lieu entre ceux-ci et les malades libres de leurs mouvements à des luttes fréquentes, à des scènes de désordre et de tumulte dans les quartiers, car les autres malades relativement calmes s'excitent à leur tour.

En définitive, le système généralement employé en France, me semble plus rationnel que le système opposé, et l'on peut même dire que le *no-restraint* des Anglais (surveillance et répression par les gardiens, isolement permanent dans des cellules) n'est qu'une contrainte physique déguisée.

Médecine légale.

RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

Par M. le Dr PAYEN,
médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Orléans.

I

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE THÉOPHILE PIEDNOIR

INCULPÉ D'UN DOUBLE ASSASSINAT

(Folie épileptique.)

Nous soussignés, docteurs de la Faculté de Paris : d'Olier, médecin de la Maternité, et Payen, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Orléans, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction en date du 24 avril dernier, à l'effet de constater l'état mental de Théophile Piednoir, inculpé d'avoir, dans la nuit du 22 au 23 avril 1870, donné la mort à son père et à sa mère.

Après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, après avoir recueilli des renseignements sur les circonstances qui ont précédé et suivi l'événement, après

avoir pris connaissance des notes qui nous ont été adressées par M. le juge et procédé à l'examen direct du prévenu, avons consigné dans le présent rapport notre avis sur l'état mental de Théophile Piednoir.

Exposé des faits.

Théophile Piednoir, âgé de 26 ans, vigneron, né à Cravant, paraît d'une bonne constitution; son tempérament est sanguin et lymphatique.

Depuis son jeune âge, il est affecté d'épilepsie; son cousin germain en est également affecté. Il a quelque instruction, sait lire et écrire; mais son intelligence est extrêmement *bornée*, quoiqu'il ait la prétention de faire des vers. Il passe dans le pays pour un pauvre imbécile inoffensif, dont les idées n'ont aucune cohérence, affectant parfois un certain mysticisme, entretenu par des hallucinations, des préjugés, des croyances erronées; puis, des aspirations au mariage.

Jusqu'à ce jour, le caractère et les habitudes de Théophile n'avaient pas changé; ses attaques d'épilepsie semblaient un peu plus fréquentes, se répétant jusqu'à 5 ou 6 fois par semaine, avec une durée et une intensité croissantes.

C'est dans ces moments qu'il quittait la maison, courant sans savoir où, dans un état d'hébétude et d'obtusion de l'intelligence, ignorant ce qu'il voulait, ce qu'il faisait; puis il devenait sombre, rêveur, malgré la douceur et la condescendance avec lesquelles ses parents, son père, sa mère, qui l'aimaient tendrement, et ses voisins le traitaient, se prêtant à son humeur, à ses caprices ou à ses exigences. Théophile semblait n'en tenir compte. Dans la soirée du 22 avril, vers 5 heures, il se promenait dans la cour en sifflant, comme on le voyait souvent faire quand il avait ses attaques du *haut mal*, parlant souvent du bon Dieu et de la sainte Vierge, qui venaient causer avec lui la nuit. Vers 7 heures et demie, le père et la mère se disposaient à se coucher; le

fils couchait dans la chambre de sa mère, qui n'est séparée de celle du père que par une cloison et communique avec elle.

A dater de ce moment, que s'est-il passé?

Vers le milieu de la nuit, à peine habillé, dans un état d'exaltation, Piednoir se met à courir chez son parrain, casse la fenêtre d'un de ses voisins, se dirige chez son beau-frère, comme c'est son habitude dans ses mauvais moments, disant qu'il *est rempli de rage*, et ajoute : *J'ai travaillé fort cette nuit.* — Puis il veut aller chez le curé, on a peine à l'en détourner; enfin on le conduit à sa demeure, où se découvre le drame épouvantable du double assassinat. Les cadavres du père et de la mère Piednoir sont étendus, la tête baignant dans une mare de sang, affreusement mutilés par des coups de bâton que le meurtrier reconnaît pour son arme.

A l'interrogatoire que subit Piednoir, il déclare « que » c'est bien volontairement qu'il a donné la mort à son » père et à sa mère. *Oui, c'est bien moi qui les ai tués, et ce* » *n'est pas sans peine*, ajoute-t-il. — Je suis héritier de tout » *malheur*, *connaisseur* de toutes choses, je vous vois tous » *en cœur*, mes chers amis. »

Le 24 avril, Piednoir est transféré à la prison d'Orléans.

Lors de notre 1re visite, il semble calme, son intelligence paraissant obtuse et comme engourdie; il répondait néanmoins aux questions les plus simples, cherchant à se rappeler certains faits; sa physionomie paraissant immobile et n'indiquant pas la moindre émotion quand il s'agit de s'expliquer sur l'assassinat. Il nous dit qu'il tombe du haut mal depuis son enfance, qu'il sait lire et écrire; il se rappelle parfaitement les détails de l'événement, mais il ne peut se rappeler ni les instruments, ni les détails de l'action. Il ne sait en reconnaître le mobile; seulement il repond : *Il fallait que ça se fît, un autre à sa place en eût fait autant.* — « Je sentais comme si j'étais poussé à le faire; il est certain qu'un autre dans ma position eût fait comme

moi, il était impossible de me retenir. Oui, c'est un grand malheur, c'était ma destinée; c'est une chose qu'il fallait qui fût faite, comme ça me le disait... C'est abominable, c'est pitoyable, et j'en ai bien regret, car mon père travaillait bien et ma mère la même chose. J'aurais vécu avec mon petit bien et ma petite femme, parce que je voulais me marier, et mes parents se seraient occupés avec nous. Je ne sais pas comment Dieu va prendre cela. »

Un des gardiens de la prison nous déclare que dans la nuit du 27 au 28, et durant toute la journée, Piednoir aurait eu plusieurs accès sans tomber; que, dans l'un de ces accès, il demanda un couteau. — Le malade ne se rappelle rien à ce sujet.

Les circonstances qui viennent d'être exposées sont assez claires et assez précises pour motiver les conclusions que nous aurons à déduire au point de vue médico-légal.

Théophile Piednoir est atteint d'épilepsie depuis son jeune âge, c'est de notoriété publique.

Or, la science reconnaît combien cette maladie, dans le plus grand nombre de cas, exerce une fâcheuse influence sur les facultés intellectuelles et morales de ceux qui en sont atteints. Elle altère profondément l'intelligence, elle porte le caractère à l'irritabilité, à la défiance; son action est d'autant plus marquée que le mal est plus ancien et que les attaques se renouvellent à des intervalles plus rapprochés.

L'épilepsie est une cause très-puissante de folie, le trouble de la raison qu'elle produit peut se présenter sous plusieurs formes.

L'une des plus graves se caractérise par des accès de délire violent qui entraîne le malade à commettre les actes les plus dangereux. Le délire, dans les cas de cette nature, est essentiellement aveugle et *impulsif*; il éclate quelquefois, de la manière la plus inattendue et la plus *subite*, après les attaques ou dans leur intervalle, soit spontanément, soit

à la suite de contrariétés, même les plus légères. L'accès de délire passé, les malades tombent dans un état d'hébétude dont la durée et l'intensité varient; ils ne se rendent compte que très-vaguement de ce qu'ils ont éprouvé et des actes qu'ils ont commis. Le plus souvent même, il ne leur en reste aucun souvenir.

Aux accès de délire se joignent souvent des hallucinations, des perceptions fausses que le jugement ne peut rectifier ; les malades croient voir des objets qui n'existent pas, entendre des propos injurieux, sentir de mauvaises odeurs, trouvent un mauvais goût aux aliments, s'imaginent qu'on leur fait endurer de cruelles souffrances. Et tout cela, en l'absence de toute impression réelle qui puisse provoquer de pareilles perceptions.

Ce genre d'aliénation mentale nous représente, sous ses formes générales, les perturbations intellectuelles et morales que nous avons constatées chez l'inculpé.

Piednoir est épileptique depuis son enfance, ses attaques sont devenues plus fréquentes; il est aimé de ses parents; mais défiant contre son beau-frère, il est souvent exalté, a les yeux hagards, le visage injecté. Il tombe plus tard dans un état d'hébétude et de stupeur plus ou moins prolongé.

A la prison se renouvellent ses accès dans l'un desquels il demande un *couteau*, ses conceptions délirantes dans lesquelles domine l'idée que le bon Dieu lui a parlé et lui a promis de lui préparer une femme qu'il devra épouser. Il ne lui reste qu'un souvenir confus de l'événement qui s'est passé et de ce qui s'en est suivi; la plus grande confusion existe dans son esprit.

Il résulte pour nous de l'examen auquel nous nous sommes livrés que Théophile Piednoir était dans un état manifeste d'aliénation mentale dès le 22 avril dernier; que cet état s'est prolongé sans interruption, mais sous différentes formes depuis cette époque et qu'il persiste encore aujourd'hui;

Que, dans la nuit du 22, il était dans son paroxysme, et que le double assassinat dont il se trouve inculpé ne doit être considéré que comme un accident de l'état d'aliénation mentale au temps de l'action; ce double fait ne saurait être regardé comme un acte libre de sa volonté et ne saurait engager sa responsabilité morale.

Conclusions.

Théophile Piednoir, inculpé d'avoir, dans la nuit du 22 au 23 avril dernier, donné la mort à son père et à sa mère, était à ce moment affecté d'aliénation mentale.

Il est encore présentement aliéné, et il y a lieu de le considérer comme dangereux.

Il doit être mis à la disposition de l'autorité administrative pour être placé définitivement à l'asile d'aliénés.

Orléans, 1er mai 1870.

Docteur D'OLIER,
Docteur PAYEN,
Rapporteur.

D'après une ordonnance de non-lieu, Piednoir a été mis à la disposition de l'autorité administrative, qui le plaça à l'asile d'aliénés, où il mourut un mois après sa séquestration à la suite d'accès répétés d'épilepsie.

II

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL DU NOMMÉ LEGENDRE

INCULPÉ DE MEURTRE SUR SA MÈRE

(Manie alcoolique passagère; responsabilité restreinte.)

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris : d'Olier, médecin de la Maternité, Bouglé, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu, et Payen, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Orléans, commis par M. Leroux, remplissant les fonctions de juge d'instruction, à l'effet de visiter et examiner le nommé Legendre (Henry), inculpé de coups et blessures sur la personne de sa mère, de constater son état mental, de vérifier s'il jouit ou non de l'intégrité de ses facultés intellectuelles et dans quelle mesure doit lui incomber la responsabilité de ses actes; après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction de remplir notre mandat en honneur et conscience, avoir pris connaissance des pièces du dossier et avoir examiné à plusieurs reprises l'inculpé, avons rédigé le présent rapport :

Le nommé Legendre (Henry), âgé de 27 ans, né à Neuville, où il demeure avec sa mère qui tient une auberge, est d'une taille moyenne, tempérament sanguin-nerveux, cheveux châtain-clair, barbe blonde, le teint coloré, offrant dans ses traits le cachet de l'intelligence et de la vivacité. Il passe pour avoir une conduite assez régulière, bien qu'on re-

connaisse chez lui et depuis quelque temps une habitude de boire, et jouit d'une bonne santé. Il répond avec netteté aux questions que nous lui adressons. — Depuis la mort de son père, survenue il y a à peu près douze ans, il est resté, aîné de la famille, près de sa mère, remplissant les fonctions de charretier, laboureur et garçon d'auberge, ce qui lui donne peut-être trop souvent l'occasion de boire avec les pratiques. Ses deux frères ont pris position à Paris, l'un comme garçon épicier, l'autre en qualité d'épicier; la sœur est mariée.

Nous ne connaissons pas les antécédents généalogiques de cette famille; toujours est-il que le père serait mort par suspension. Rien ne dénote chez la mère des troubles de cerveau, mais on trouve son caractère acariâtre, impérieux, violent, emporté, qui dans maintes occasions n'a fait qu'aigrir celui de son fils, souvent contrarié et privé le plus souvent d'agir comme il l'entendait; contrariétés dont il fit part plus d'une fois à ses voisines qui cherchaient à lui faire oublier ces ennuis, ces petites *tracasseries* d'intérieur. Legendre passait pour avoir un caractère assez calme, inoffensif; sa vie était même régulière tant qu'il ne prit pas les habitudes de boire; mais cette passion, favorisée par sa profession, dégénérant en un véritable instinct irrésistible, le subjugua complétement; il semblerait aussi que la conduite et les brutalités de sa mère, accrues encore par l'assistance d'un de ses frères, n'ont pas été étrangères au développement de ce vice avec ses conséquences les plus fatales.

Examen de l'inculpé.

Interrogé sur les faits qui se sont passés, et qui l'amènent devant nous, Legendre nous déclare n'avoir aucun souvenir de ces faits; il nie s'être livré à des excès de boissons et s'être enivré; il n'aurait bu que le dimanche 1^er^ mai,

était un peu allumé; le lundi 2 et le mardi 3, fort peu; enfin le même jour, sa mère lui adresse quelques reproches dont il ne tient compte, et passe sa soirée chez le marchand de vin; nouveaux reproches de sa mère et de son frère quand il rentre à la maison.

Le mercredi 4, il était de sang-froid et se disposait à partir avec ses chevaux pour le bois; il demande quelque argent à sa mère qui refuse; alors il dételle sans rien dire, et passe sa journée sans rien faire, allant de côté et d'autre; il dîne tranquillement, puis rentre se coucher. Jusqu'alors on ne peut constater qu'il but de nouveau; seulement, dans *la matinée du* 5, il prit un verre de vin blanc avec des charretiers arrêtés à l'auberge; Legendre leur semble *tout différent* de ce qu'il est ordinairement, *leur paraît égaré*, répondant à peine quand on l'interpelle; il n'est plus à son ouvrage, il est, non pas ivre, *mais hébété*, au dire de Lefebvre. Legendre prétend avoir passé une très-mauvaise nuit sans dormir, ressentant des élancements, *comme si ça l'eût frappé* dans toute la tête; *ça semblait le porter à tomber*... Il ne sait ce qui s'est passé, « *c'est comme si on lui avait fait prendre quelque chose pour lui troubler l'esprit.* » Il se tient presque constamment levé, allant et venant comme un homme qui perd la tête... Il sentait le besoin de boire; son voisin, le nommé *Grillère*, le trouve près du feu, le voit boire un bol d'eau, et au moment où il veut allumer sa pipe, Legendre se lève, et saisissant un morceau de bois, lui en assène deux coups, en s'écriant : *Au secours! à la garde!... à moi, mon chien!*... Legendre ne se rappelle point ce fait ni de tout ce qui s'est passé du *mercredi au jeudi soir*, qu'il fut saigné, à son retour d'Orléans où on l'avait conduit comme aliéné.

Interrogé sur ce qui s'était passé le *jeudi au matin*, la femme Legendre, âgée de 56 ans, dépose :

« Depuis deux ou trois jours, mon enfant avait la tête troublée par des excès de boissons; avant de se livrer aux

occupations habituelles de la maison, vers 5 heures, il me dit qu'il souffrait beaucoup; je l'engageai à se coucher en attendant l'arrivée du médecin que j'envoyai chercher. Les plaintes et les cris incohérents qu'il poussait m'inquiétant, je priai le voisin *Grillère* de venir près de lui pour le calmer; il le reçut fort mal, en lui assénant deux coups de bâton. Je rentrai et je trouvai mon fils très-agité, allant de la rue à la cour, faisant des mouvements qui dénotaient une *violence extrême*, en poussant des cris faisant croire à un accès de folie; je le vis s'armer d'une fourche de fer, se dirigeant vers l'écurie, portant à notre cheval de violents coups de fourche. Je cherchai à le calmer, en lui disant : « Mon pauvre enfant, allons, laisse-le donc; tu vas lui faire mal, tu vas le tuer..... » Sans tenir compte de mes conseils, il tourne aussitôt sa fureur contre moi, me portant trois violents coups de fourche à la tête, me terrassant. Je ne sens plus rien. »

D. Lui aviez-vous fait quelques reproches avant?

R. Non, je le voyais trop souffrant; mais la veille, comme il avait bu, je lui en fis.

M. le docteur Lallier constate l'état de Legendre qui, dans son exaltation, *parle de sa chambre qui sent le poison*... d'un *chien jaune*, puis il se sauve dans l'écurie, où on a de la peine à se saisir de sa personne; « le cerveau lui paraissant dans un *état congestif*, Legendre est saigné dans la soirée; le surlendemain il avait recouvré son intelligence. »

Les dépositions de M. Gilbert s'accordent avec celles du docteur Lallier; celles de MM. *Perrault* et *Loiseau* sont dans le même sens.

On ne peut douter que depuis un certain temps Henry Legendre est devenu difficile à vivre, faisant peu de cas des avis ou des remontrances de sa mère pour laquelle il n'a plus aucun respect; irrité et mécontent de sa position, comparée à celle de ses frères, ses habitudes de boire ne font que s'accroître. Dans les premiers jours de mai, elles sont incessantes; nous le voyons abandonnant ses travaux,

se plaindre d'indisposition, de malaise, d'insomnie, de maux de tête; ses voisins le trouvent *tout autre qu'il n'est habituellement*, et comme *égaré*; il accuse même des *sensations* contraires à son état normal. Le 5 mai il est assez souffrant pour faire appeler le médecin, reçoit mal sa mère, son père, le voisin qui vient pour lui être utile dans son état de malaise, puis survient ce *paroxysme dans lequel sa rage est au comble;* il n'écoute rien, dirige sa fureur sur sa mère qui, sans le secours d'un voisin, succombait sous ses coups réitérés.

Legendre prétend ne pas se rappeler ces faits; il est calme, déplore ce qui s'est passé, d'après ce qu'il en sait par l'instruction et les dépositions des témoins.

Cette amnésie complète du 4 mai au soir jusqu'au 5 est-elle bien réelle? Nous le pensons. Il est des délires dont la violence est telle que le malheureux qui y est en proie *perd toute conscience* de ses actes et toute liberté morale; ces délires aveugles, les plus redoutables de tous, ne laissent même aucun souvenir dans l'esprit des malades; parmi ces délires, on cite en première ligne le *délire épileptique*, et en seconde, certains *délires alcooliques*. Nous pensons que Legendre était dans ce dernier cas. Pour nous, cette amnésie ne survient que dans les troubles graves du cerveau, déterminés par l'alcoolisme qui peut ne pas être considéré comme une cause d'irresponsabilité, mais qui doit au moins atténuer la culpabilité.

Rappelons aussi qu'il est des *états d'ivresse* qui amènent un trouble réel de la conscience intime, et qui par leurs symptômes revêtent manifestement le caractère d'une folie passagère.

Tantôt la *folie des ivrognes* se borne à un délire aigu avec hallucinations, comme dans un délire fébrile; *tantôt* c'est un délire dépressif, mélancolique, etc.

Enfin le *paroxysme* se présente sous forme d'une excitation maniaque qui arrive bientôt au désir de détruire ; il

survient brusquement un *accès de rage*, qui se rencontre aussi fréquemment chez les épileptiques. L'accès est souvent précédé d'un état congestif du cerveau.

La conscience intime va toujours se troublant davantage jusqu'à disparaître complétement, ce qui fait que l'individu *n'a aucun souvenir de tout ce qui s'est* passé depuis le moment de la congestion jusqu'à ce qu'il ait repris ses esprits. Cette *amnésie* est d'une haute importance comme indice de trouble grave du cerveau. »

Des termes de ce rapport il résulte que :

1° Legendre n'est pas aliéné ;

2° Qu'à l'époque de l'acte qui lui est imputé, il était sous *l'influence d'une intoxication alcoolique* suivie d'un *paroxysme maniaque, le privant de sa conscience intime ;*

3° Que cette influence nous semble de nature à atténuer la responsabilité qui pèse sur lui.

Orléans, 14 juin 1870.

Docteur PAYEN, *Rapporteur.*
Docteur D'OLIER,
Docteur BOUGLÉ.

Legendre a été acquitté par le jury.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 26 octobre 1870. — Présidence de M. Lasègue.

La Société réunie en séance ordinaire décide qu'en raison de la gravité des circonstances, les questions à l'ordre du jour seront renvoyées à l'une des prochaines séances.

Séance du 27 mars 1871. — Présidence de M. J. Falret, vice-président.

M. le Président. En ouvrant la reprise de nos séances, après une interruption de plusieurs mois, j'ai le devoir pénible d'annoncer à la Société la mort de deux de ses membres les plus anciens, devoir d'autant plus pénible pour moi, dans cette circonstance, que l'un d'eux est mon propre père, mort le 28 octobre 1870, à l'âge de 76 ans; l'autre est M. le Dr Mitivié, mort le 22 janvier 1871, à l'âge de 75 ans. Tous deux, anciens médecins de la Salpêtrière, avaient de nombreux titres professionnels et scientifiques qui devront être rappelés à la Société, dans sa prochaine séance solennelle.

Plusieurs membres expriment, au nom de la Société tout entière, la part que celle-ci prend à la perte de MM. Falret et Mitivié père, et M. Trélat insiste particulièrement sur la vive impression qu'en ont ressentie ceux qui, comme lui, ont connu ces deux éminents confrères pendant un demi-siècle.

M. le Président annonce en même temps que son père a légué à l'Académie de médecine une somme de 10,000 francs, destinée à fonder un prix bisannuel pour les progrès de la médecine mentale, en laissant à l'Académie pleine liberté pour la manière de disposer de ce prix.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Prix Aubanel.

A l'occasion du procès-verbal, des explications sont données à la Société par MM. Lunier et Legrand du Saulle en ce qui concerne : 1° le terme nouveau à adopter pour la remise des

mémoires destinés à concourir pour le prochain prix Aubanel ; 2° la somme à laquelle ce prix pourra être fixé.

Après en avoir délibéré, la Société décide que :

1° Les mémoires destinés au concours pourront être envoyés au secrétaire général jusqu'au 31 décembre 1872.

2° Ce prix aura une valeur de 1,200 francs.

Prix Esquirol.

M. Lunier annonce qu'il est autorisé par M. Albert Mitivié fils à faire savoir à la Société que ce dernier compte suivre l'exemple de son père en maintenant le prix Esquirol. Ce prix continuera, jusqu'à nouvel ordre, à être décerné dans les conditions ordinaires.

M. le Président propose à la Société, qui accepte, de déclarer que l'appel fait aux membres correspondants et à tous les médecins aliénistes, afin de réunir des documents cliniques sur la folie puerpérale, sera prorogé jusqu'au 31 décembre 1871.

Il annonce en même temps à la Société que deux de ses membres résidants, MM. les Drs Berthier et Legrand du Saulle, médecins de Bicêtre, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur, à la suite d'un service excessivement pénible et prolongé, auprès des varioleux réunis en très-grand nombre, à Bicêtre, par l'administration militaire.

La Société joint ses félicitations à celles de M. le Président, et MM. Berthier et Legrand du Saulle lui adressent leurs remerciements.

M. le trésorier appelle l'attention de la Société sur une question relative à la cotisation annuelle à payer par chacun de ses membres résidants. Aux termes de l'article 14 des statuts, cette cotisation est fixée à 36 francs par an, et conformément à l'article 13 du règlement, chaque membre résidant a droit pour chacune des séances auxquelles il assiste, à un jeton de présence de la valeur de 2 fr. 50, qui est compté en déduction de la cotisation annuelle.

Les séances régulières étant au nombre de 12 par an, la totalité des jetons de présence peut s'élever à 30 francs, en sorte que pour le membre qui n'a manqué à aucune de ces séances, la cotisation est réduite à 6 francs.

En 1870, le nombre des séances régulières n'a été que de 8 donnant droit à une réduction de 20 francs seulement au lieu de 30. Le trésorier demande s'il convient, dans l'établissement

de ses comptes pour 1870, de déduire des 36 francs à réclamer à chaque membre seulement la somme représentant les jetons de présence dus pour les séances auxquelles il aura réellement assisté, ou bien s'il convient de faire encore une autre réduction correspondant aux séances qui n'ont pas eu lieu, et auxquelles, par conséquent, on n'a pas été le maître de prendre part, de manière à pouvoir réduire le montant jusqu'au minimum habituel de 6 francs.

Après en avoir délibéré, la Société tenant compte des circonstances de force majeure résultant du siége de Paris; de l'article 2 du décret approuvant ses statuts et du titre VIII de son règlement; de l'état de ses finances,

Décide que la cotisation annuelle de 36 francs sera maintenue pour l'année 1870, sans autre déduction, pour chacun des membres titulaires, que celle correspondant aux jetons de présence dus pour les séances auxquelles il aura réellement assisté.

M. LE PRÉSIDENT prie la Société de se prononcer encore sur deux autres questions d'ordre intérieur, relatives l'une à la séance annuelle qui est ordinairement fixée au dernier lundi d'avril, l'autre aux élections pour le renouvellement du bureau qui ont lieu, chaque année, dans la séance de la fin de décembre et qui n'ont pas pu avoir lieu en 1870.

La Société décide : 1° que la séance solennelle annuelle sera remise au dernier lundi d'octobre; 2° que le bureau actuel sera prorogé d'une année et maintenu dans ses fonctions jusqu'au 1er janvier 1872.

Présentations de candidatures.

M. LUNIER remet à la Société une lettre par laquelle M. HILDENBRAND, médecin en chef à l'asile public de Stéphansfeld, sollicite le titre de membre correspondant de la Société; il envoie à l'appui de sa candidature un mémoire manuscrit, intitulé : *Rapport sur le service médical de l'asile de Stéphansfeld pendant l'année* 1869. Commission : MM. Motet, Foville et Lunier.

M. LUNIER remet également une lettre par laquelle M. DUFOUR, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) sollicite le titre de membre correspondant de la Société; il envoie à l'appui de sa candidature un travail imprimé intitulé : « *De l'encombrement des asiles d'aliénés, mémoire couronné par la Société de médecine de Gand, concours de* 1869. Commission : MM. Motet, Foville et Lunier.

RAPPORTS DE CANDIDATURES.

Rapport sur la candidature de M. Doutrebente.

M. Motet. — Vous avez chargé une commission composée de MM. Legrand du Saulle, Foville et Motet, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Doutrebente au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, et de vous rendre compte des travaux scientifiques qui vous étaient adressés à l'appui de cette candidature. La tâche nous sera d'autant plus facile à remplir que l'un des mémoires dont nous vous soumettons l'analyse a été jugé digne en 1869 du prix Esquirol. Et à ce sujet, Messieurs, se réveillent pour nous de sincères, de profonds regrets. M. Doutrebente fut l'avant-dernier lauréat couronné par cet homme de bien qui fut Mitivié. Nous en portons dans nos cœurs le deuil récent, et, devant vous parler de l'un des travaux qu'il avait voulu récompenser avec sa modeste et délicate bienveillance, nous n'avons pas su résister au désir de vous rappeler une fois encore ce souvenir qui pour nous restera toujours cher.

M. Doutrebente, on peut dire, est déjà de notre famille ; il a pris à cœur de continuer des traditions qui ont guidé sa jeunesse, et l'honneur qu'il recherche aujourd'hui sera la récompense d'un passé qui ne fut pas sans mérites. Élève de l'école de Tours, interne de l'hôpital général de cette ville, M. Doutrebente obtenait en 1867 le prix Tonnelé; il fut successivement interne à l'asile Saint-Yon, à la maison de Charenton, et c'est dans ces deux derniers établissements qu'il recueillit les matériaux des deux mémoires qu'il nous soumet aujourd'hui.

Le premier en date est une étude généalogique sur les aliénés héréditaires. Habitué de bonne heure par son maître, M. Morel, à rechercher dans les manifestations du délire, moins la bizarrerie des idées et des actes que les caractères généraux qui différencient les espèces, M. Doutrebente a voulu s'appliquer surtout à l'étude des folies héréditaires. Une phrase d'Equirol, épigraphe du travail, servit d'ébauche à un plan dont l'observation clinique fixe les détails : — « Cette funeste transmission peut se reconnaître dans la physionomie, les formes extérieures, les idées, les passions, les habitudes, les penchants de ceux qui doivent en être les victimes. Averti par quelques-uns de ces signes, il m'est arrivé d'annoncer un accès de folie plusieurs années avant qu'il n'éclatât. »

C'est donc avant tout une étude clinique que nous avons à

analyser. Laissant avec modestie à de plus autorisés que lui le soin de formuler les lois de ces états pathologiques, M. Doutrebente ne réclame ni la priorité, ni le mérite d'aperçus nouveaux. Ce qu'il cherche, c'est d'apporter par une série d'observations choisies, une preuve scientifique de plus aux idées si justes émises par M. Morel dans son traité des maladies mentales; c'est aussi de faire connaître, par une description exacte, des types appartenant à diverses classes, et d'aider ainsi à les retrouver facilement. Les objections, qui n'ont pas manqué de se produire, n'ont pas été dédaigneusement écartées par M. Doutrebente, comme cela n'arrive que trop souvent chez les auteurs qui se placent à un point de vue trop exclusif, trop spécial; il les énumère, empruntant le plus souvent à M. Morel des arguments pour les combattre, et s'il n'est pas toujours arrivé à nous convaincre, c'est qu'il est bien difficile dans une question aussi compliquée, d'éliminer toutes les inconnues et d'arriver à une absolue certitude. Quoi qu'il en soit, le point de départ dans les recherches étant juste, les déductions, appuyées de l'observation clinique, restent avec toute leur valeur. La physionomie, les formes extérieures, les idées, les passions, les habitudes, les penchants, se modifient sous l'influence de l'hérédité; ce fait est désormais acquis, et Esquirol l'avait dit déjà, les observations plus récentes le confirment, et ce n'est pas le côté le moins intéressant de la question que celui de ces déformations physiques, coïncidant avec les troubles intellectuels, les faisant en quelque sorte prévoir, à un moment où, chez l'enfant, il semble exister une activité de l'esprit normale, se développer des aptitudes parfois remarquables. Puis tout s'arrête ; l'individu ne progresse plus, si même il ne rétrograde, comme s'il avait épuisé tout à coup les forces vives d'un organisme qui, du moins en apparence, semblait admirablement doué. Et si l'on cherche la cause de ces brusques arrêts, on les trouve dans un vice héréditaire; un ascendant a été atteint d'aliénation mentale, et désormais sa race portera, plus ou moins profonde, l'empreinte du mal qu'il lui aura transmis. C'est dans l'étude des différentes combinaisons qui se peuvent présenter que le travail de M. Doutrebente offre un réel intérêt, et c'est pour le rendre plus saisissant encore qu'il a réuni dans des tableaux, la généalogie morbide des aliénés qu'il a pu observer, suivie jusqu'à la cinquième génération. Les aliénés présentent tantôt l'hérédité simple, tantôt l'hérédité double, tantôt enfin l'hérédité accumulée; c'est

dans la succession des produits que les types apparaissent, et cela avec une régularité assez souvent constatée pour que M. Doutrebente se soit cru en droit de formuler des conclusions qui ont assez d'importance pour que nous vous les soumettions textuellement :

« 1° L'influence de l'hérédité, comme cause première dans les cas d'aliénation mentale, est irrécusable et agit suivant la puissance des facteurs.

2° *L'hérédité est simple*, quand les facteurs sont divergents, c'est-à-dire quand la mère ou le père sont seuls atteints d'aliénation (c'est ce qui arrive dans la grande majorité des cas).

3° Dans le cas d'hérédité à facteurs divergents, il se produira des types disparates dans une même génération, suivant que l'un des facteurs aura eu plus ou moins d'influence dans la production d'un de ces types.

4° *L'hérédité est double*, quand les facteurs sont convergents; et, dans ce cas, le plus grave évidemment, la progression morbide sera rapide et presque fatale dans sa marche et son évolution.

5° *Dans le cas d'hérédité accumulée*, il est facile de constater la diminution et même l'absence de la fonction de reproduction (circonstance heureuse au point de vue de la prophylaxie). Il est rare en effet de voir les races durer plus de quatre générations.

6° En dehors des faits d'aliénation proprement dits qu'on rencontre dans l'ascendance, il peut y avoir d'autres tares physiques ou morales; *et les phénomènes de transmission* se présentent sous *une forme progressive* en ayant pour point de départ un état névropathique en apparence insignifiant.

7° *Il est incontestable que les races peuvent se régénérer*, c'est-à-dire que, par l'influence d'un facteur indemne, une partie au moins des produits pourra remonter vers un type supérieur à celui du facteur atteint du vice héréditaire, au triple point de vue physique, moral et intellectuel.

8° *La reproduction de types similaires dans la descendance*, est un fait à constater pour la folie suicide seulement et non pour l'*épilepsie* et autres formes maladives des centres nerveux. Le germe maladif héréditaire subit des transformations, des progressions à travers les générations successives; il ne reste pas stationnaire.

9° Il est permis d'affirmer que l'hérédité morbide progressive ou accumulée crée une forme spéciale de folie : LA FOLIE

HÉRÉDITAIRE, de même que l'alcoolisme, l'intoxication saturnine, les névroses, hystérie, épilepsie, hypochondrie, créent des formes de folie auxquelles on a donné les noms de *folie alcoolique, folie épileptique, folie hystérique* et *folie hypochondriaque*.

10° Il est possible, après une observation parfois même superficielle (dont il faut cependant se défier), de reconnaître, chez un aliéné ou simplement un névropathique, l'influence morbide héréditaire, et par suite de formuler un pronostic certain. »

Vous voyez, Messieurs, combien ce travail est étendu, et de quelle façon les problèmes les plus intéressants de l'étiologie y sont abordés. Nous ne pouvons pas reprendre une à une ces combinaisons, nous ne pouvons pas dire que nous les acceptons sans réserves, surtout en ce qui regarde la constitution d'une forme spéciale de folie, qui s'appellerait la folie héréditaire, au même titre que les folies alcoolique, épileptique, hystérique, hypochondriaque, mais nous croyons, ces réserves une fois faites, pouvoir vous dire que ce mémoire se recommande par de sérieuses qualités.

Il en est de même, Messieurs, des *Recherches sur la paralysie générale progressive*, étudiée surtout au point de vue de son histoire, de sa pathogénie, de sa terminaison. Il était bien difficile, en dehors des descriptions anatomo-pathologiques, de rien dire de nouveau sur ce sujet si magistralement traité par plusieurs d'entre vous; M. Doutrebente nous semble d'ailleurs avoir été plus heureux dans la seconde partie de son mémoire que dans la première. Il nous paraît avoir un peu forcé les analogies, et avoir cédé trop volontiers peut-être au désir de retrouver dans le passé la trace d'une affection qui fut absolument méconnue; les passages qu'il emprunte à Willis et à Haslam, pourraient sans grand effort être interprétés dans un tout autre sens qu'il ne l'a fait, mais nous ne saurions lui garder rancune de cette tendance qui prouve du moins de sa part des connaissances bibliographiques sérieuses, toujours utiles à posséder, et qui, mettant au courant des travaux de ceux qui nous ont précédés, nous permettent de faire avancer la science, en utilisant les matériaux qu'ils ont eux-mêmes amassés.

Pour les pathologistes contemporains, la paralysie générale est une affection dont la place est nettement et définitivement marquée dans le cadre nosologique. Calmeil, Baillarger, Parchappe, Lasègue, J. Falret, Lunier, Magnan, en ont successivement précisé les caractères, les lésions, la marche, le dia-

gnostic, la terminaison. C'est surtout dans ces dernières années que les études micrographiques ont apprécié ce qui se passait dans la constitution même du cerveau, et comment se produisaient, s'étendaient les lésions. Magnan, dans ses leçons cliniques, Hayem, Lancereaux, Alf. Fournier, ont, avec des vues diverses, élucidé la question et l'anatomie pathologique, sans avoir dit son dernier mot, a du moins appris que « l'hyperémie cérébrale est la cause première de l'inflammation lente et progressive de la gangue interstitielle du cerveau : que l'hyperplasie conjonctive amène progressivement la compression, la régression granulo-graisseuse et la dissociation des éléments nerveux, tubes et corpuscules. » C'est aussi là l'opinion que formule M. Doutrebento. Nous n'avons à exprimer qu'un regret, c'est qu'il n'ait pas dit un mot de ces paralysies générales, à début insidieux et lent, qui semblent avoir pour point de départ moins des lésions du cerveau que des lésions de la moelle, gagnant de proche en proche et par une marche ascensionnelle l'encéphale lui-même, n'ayant marqué leur évolution première que par des accidents qui bien souvent ont passé inaperçus. Mais notre jeune confrère est à l'âge où l'on acquiert chaque jour; il aura suffi de lui signaler une lacune pour qu'il la veuille combler, et nous sommes sûrs d'avance qu'il n'a pas attendu nos observations, dont la critique ne saurait avoir rien de sévère, pour continuer des travaux dont il a de longtemps pris la sérieuse habitude.

Vous connaissez maintenant, Messieurs, les titres de M. Doutrebente; votre commission est unanime à vous demander de vouloir bien accorder à notre confrère le titre qu'il réclame de votre bienveillance : il a déjà, sous une direction savante, appris à apprendre ; nous espérons que, livré à lui-même, il saura profiter des leçons de ses maîtres, et qu'il nous fera profiter à son tour des observations qu'il saura recueillir dans les asiles d'aliénés où il paraît vouloir chercher sa carrière.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport lu par M. Motet, et M. Doutrebente est déclaré, à l'unanimité, membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Rapport sur la candidature de M. Darnis. — Étiologie du goître et du crétinisme.

M. Lunier. Je viens, Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Brierre de Boismont, Loiseau et Lunier, vous présenter le rapport qui m'a été confié sur la candidature

de M. Darnis au titre de membre correspondant de la Société.

A l'appui de sa candidature, M. le Dr Darnis nous a envoyé un mémoire imprimé portant pour titre : *Étude sur le goître et le crétinisme dans le Tarn-et-Garonne.*

Ce travail, Messieurs, a été entrepris par M. Darnis sur la demande que je lui ai adressée au nom de la commission du goître et du crétinisme instituée auprès du ministère de l'agriculture et du commerce et d'après un programme arrêté par la commission. M. le Dr Darnis, que nous avions choisi pour faire sur quelques points du département de Tarn-et-Garonne une enquête étiologique et prophylactique, s'est consciencieusement acquitté de la mission qui lui avait été confiée et nous a envoyé l'excellent mémoire dont je vais vous entretenir un instant

M. Darnis a divisé son travail en deux parties : dans la première, il répond aux questions qui lui avaient été adressées et nous donne les renseignements les plus circonstanciés sur les communes que nous avions signalées à son attention; dans la seconde, il examine sommairement et discute quelques-unes des opinions émises sur l'étiologie du goître et du crétinisme.

Les deux communes d'Espinas et de Verfeil étudiées par M. Darnis sont situées dans une région montagneuse formée de collines de nature calcaire qui forment les derniers chaînons des Cévennes. Le crétinisme y est à peu près inconnu, mais les goîtres y sont fort nombreux.

Les communes d'Espinas et de Verfeil ne sont pas du reste les seules localités de cette région qui soient infectées de goître. L'endémie s'étend également aux communes d'Arnac, de Varen et surtout de Saint-Ignes et de Féneyrols que l'opinion publique désigne comme le berceau du goître dans ces contrées.

On y observe, d'ailleurs, l'endémie du goître à toutes les expositions, sur les plateaux les plus élevés aussi bien, quoique moins intense cependant, que dans les bas-fonds et sur les versants, et on n'entrevoit tout d'abord aucune condition spéciale qui puisse expliquer pourquoi le goître est plus commun sur tel point que sur tel autre.

La commune d'Espinas est formée de quatre hameaux principaux, disposés, sans régularité aucune, sur les rives de deux ruisseaux dirigés l'un du nord au sud, l'autre de l'est à l'ouest. Les deux principales agglomérations, Espinas et Saint-Amans, sont situées sur des plateaux calcaires bien aérés

et généralement sees, quoique entourés de bas-fonds humides. Le sol calcaire du plateau Saint-Amans est coloré en rouge par la pyrite de fer.

Les deux autres hameaux, le Cas et le Barry-de-Cas, situés sur les rives de la Bonnette, dont la direction générale est du nord au sud, sont bâtis sur deux versants qui regardent l'un le nord, l'autre le sud-est. Ces hameaux sont humides et exposés aux émanations qui se dégagent des bords de la Bonnette et ne paraissent pas très-sains. C'est surtout, d'ailleurs, dans ces deux villages qu'on rencontre des goîtreux.

Les eaux potables de la commune d'Espinas sont des eaux de source captées sans aucun soin sur les versants ou dans les bas-fonds. Elles ont une odeur terreuse désagréable, cuisent très-mal les légumes, forment avec la teinture de savon un précipité très-abondant de sels de chaux et ne paraissent contenir ni matières organiques, ni traces d'iode.

Verfeil est situé sur un plateau d'élévation moyenne, de nature exclusivement calcaire, environné d'une vallée circulaire, assez étroite mais bien cultivée et dans laquelle on ne voit guère d'habitations. Le village est dominé au nord, à l'est et au sud, par de petites montagnes calcaires qui ne sont cependant pas assez élevées pour intercepter l'air et la lumière. Les maisons de Verfeil sont mieux bâties et mieux aérées que celles d'Espinas, les rues y sont mieux tenues et la nourriture y est meilleure. Aussi est-ce surtout dans cette commune que le goître a diminué d'une manière notable depuis quelques années. Il faut aussi, du reste, attribuer cette diminution à ce que les habitants de Verfeil se font traiter dès qu'ils ont un commencement de goître, empressement que l'on n'observe pas encore à Espinas. L'eau que l'on boit à Verfeil est d'ailleurs meilleure que celle d'Espinas; elle dissout un peu le savon, cuit passablement les légumes, ne contient pas de matières organiques; enfin, la solution d'amidon y décèle quelques traces d'iode.

Il résulte des faits qui précèdent que si le goître se développe de préférence dans les bas-fonds et sur les versants humides, on le rencontre également sur les plateaux secs et élevés. La même observation s'applique à la misère des habitants et aux mauvaises conditions qui en sont la conséquence.

Je dois ajouter que dans la commune d'Espinas, où l'endémie goîtreuse sévit avec une assez grande intensité, le chiffre des hommes atteints (4,18%) est presque aussi considérable que

celui des femmes (4,48%); à Verfeil, au contraire, où l'endémie est moins intense, le chiffre des hommes atteints est beaucoup moins élevé que celui des femmes (5 : 26). Il en est presque toujours ainsi; aussi ai-je cru pouvoir établir, après avoir dépouillé un nombre considérable de documents « que le chiffre relatif des hommes atteints de goître et de crétinisme est presque partout en raison directe de l'intensité de l'endémie (1). »

En observateur judicieux, M. Darnis ne s'est point borné à étudier l'endémie dans les deux communes d'Espinas et de Verfeil; il a recherché notamment en quoi deux des communes voisines, Mouillac et Laguépie, où le goître est inconnu bien qu'on y rencontre les mêmes conditions hygiéniques et sociales, différaient des deux autres. Il n'a trouvé de différence que dans la constitution géologique du sol. Espinas et Verfeil reposent la première sur le lias et la seconde sur le lias et le trias, contenant l'un et l'autre des rognons de sulfure de fer, tandis que le sol de la commune de Laguépie est granitique et que celui de Mouillac appartient à l'oolite inférieure. Il y a bien là, en effet, des différences importantes qui pourraient peut-être servir à expliquer la présence de l'endémie du goître dans les deux premières communes et son absence dans les deux autres; mais, comme je l'ai dit ailleurs (*loc. cit.*, p. 224), l'action du sol sur l'organisme est extrêmement complexe, et quand on veut étudier à fond cette question, on est arrêté à chaque instant par des difficultés et des contradictions de toutes sortes et l'on acquiert bientôt la conviction : 1° que c'est dans les eaux potables que réside le principe spécial qui produit le goître endémique; 2° que ce principe, probablement de nature organique, se développe au contact de l'air et peut-être aussi de certaines matières minérales (sels de chaux, de magnésie, de fer); 3° que l'iode en prévient habituellement la production ou tout au moins en neutralise les effets.

M. Darnis étudie cette question de l'étiologie du goître dans la seconde partie de son travail où il examine également l'identité de nature du goître et du crétinisme, questions sur lesquelles les auteurs sont loin d'être d'accord.

M. Darnis croit, avec un assez grand nombre d'auteurs, à

(1) Art. Crétinisme du Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques (t. X, 1869), p. 220.

l'identité de nature du goître et du crétinisme. Nous avons toujours combattu cette manière de voir qui a singulièrement contribué, je crois, et contribue encore à entretenir l'incertitude qui règne sur l'étiologie du goître et du crétinisme. Pour nous, il n'y a, entre le crétinisme, le goître, le rachitisme, la surdi-mutité, etc., des localités infectées, qu'un lien étiologique ; ils appartiennent bien sous ce rapport au même groupe morbide, mais ils n'en constituent pas moins autant de maladies distinctes (*loc. cit.*, p. 222).

Nous ne pouvons admettre davantage avec M. Darnis que les causes du goître et du crétinisme soient les mêmes. Nous croyons que le principe encore inconnu qui engendre le goître, joue également un rôle important dans la genèse du crétinisme, surtout quand il existe en même temps dans l'eau potable et dans l'air ambiant; mais il faut pour produire le crétinisme des causes d'un autre ordre, que l'on rencontre soit isolées, soit réunies, tels notamment que l'humidité et le défaut d'aération et de lumière solaire, et parmi les causes secondaires, l'insalubrité des habitations, la misère, la mauvaise alimentation, etc. Aussi croyons-nous que l'on parviendra facilement à faire disparaître partout le crétinisme, comme on y est parvenu déjà sur un grand nombre de points, tandis que l'endémie goîtreuse a résisté et résistera longtemps encore aux efforts tentés pour la faire disparaître.

L'une des causes qui pourrait peut-être expliquer pourquoi le goître se perpétue quoi qu'on fasse dans certaines localités et pourquoi même il apparaît parfois dans des pays où il était resté jusqu'alors inconnu, pourrait bien être l'hérédité de la maladie. Si, en effet, comme tendraient à l'établir un certain nombre d'observations et notamment celles qui nous ont été communiquées par M. Labitte dans la séance du 25 mai 1868, le goître est héréditaire en dehors même des foyers endémiques, il n'y aurait aucunement à s'étonner que dans certains pays, il tende à se généraliser par les relations de plus en plus nombreuses qui s'établissent entre les pays infectés et les contrées qui en sont indemnes. Les mêmes causes qui diminuent l'intensité de l'endémie dans les localités les plus fortement atteintes, auraient donc pour effet, en facilitant les alliances des habitants de ces localités avec ceux des communes voisines, de répandre dans ces dernières le germe de la maladie. Le goître tendrait donc ainsi à perdre jusqu'à un certain point son caractère endémique pour devenir sporadique

sur une très-large écbelle. Il y a là, ce me semble, une question très-intéressante à étudier.

Il faut ajouter, d'ailleurs, que si les faits qui tendent à établir l'hérédité du goître en dehors des lieux où il règne endémiquement sont encore assez rares; de nouvelles observations me paraissent nécessaires pour qu'il ne puisse rester aucun doute à ce sujet.

Quant à l'hérédité, question sur laquelle M. Darnis ne paraît pas avoir d'opinion bien arrêtée, je crois avec un certain nombre d'auteurs et notamment de Rambuteau, Esquirol, Piorry, Dubini, Vingtrinier, Niepce, Seux, Kœberlé, Saint-Lager et Cerise, qu'elle ne joue qu'un rôle bien secondaire dans la genèse du crétinisme. Il résulte, en effet, de l'examen attentif des faits : 1° que des parents sains, qu'ils aient eu ou non des enfants bien conformés dans un pays indemne, engendrent parfois des enfants crétins ou du moins qui le deviennent après un séjour de quelques années dans une localité où règne l'endémie, et ils n'ont plus au contraire que des enfants sains s'ils quittent de nouveau cette localité. Ackermann a même vu devenir crétins des enfants nés de femmes qui étaient venues, pendant leur grossesse, de pays indemnes dans des localités infectées; 2° que dans les foyers endémiques, il n'est pas rare que des enfants nés de parents bien constitués et intelligents, bien qu'habitant depuis longtemps le pays, deviennent crétins; ils ne le deviennent jamais, au contraire, si les parents vont habiter une localité indemne; 3° que des semi-crétins, crétineux ou goîtreux qui ont eu des enfants crétins dans un foyer endémique, n'ont plus que des enfants bien conformés après avoir quitté le pays natal : tout au plus engendrent-ils parfois des idiots et des imbéciles; 4° que de temps immémorial en Valais, dans le canton de Berne et ailleurs, il est de notoriété que les enfants, dont les mères, entachées ou non de crétinisme, ont passé les derniers mois de leur grossesse sur la montagne, et qui, de plus, y ont été nourris et élevés jusqu'à l'âge de 3 à 4 ans, ne deviennent pas crétins, tandis que ceux pour lesquels on n'a pas pris cette précaution, sont communément atteints par l'endémie; 5° que si l'on rencontre des idiots et des aliénés dans la descendance des semi-crétins et des crétineux, il est, je crois, sans exemple qu'en dehors des foyers endémiques, des idiots ou des aliénés aient donné naissance à de véritables crétins. Or ce n'est pas ainsi que se comportent habituellement les maladies franchement héréditaires.

Je ne veux pas, Messieurs, à l'occasion d'un rapport de candidature, m'étendre davantage sur cette question dont nous pourrons du reste reprendre plus tard l'examen.

M. le Dr Darnis n'a d'ailleurs publié, en dehors de sa thèse de doctorat sur la pneumonie, aucun autre travail que celui dont je viens de vous rendre compte. Reçu, en 1850, docteur en médecine de la Faculté de Paris, il était nommé, en octobre 1856, médecin en chef du quartier d'aliénés de Montauban, dont il a su faire, par son intelligence et son activité, un de nos meilleurs établissements de France. Depuis une douzaine d'années, M. Darnis est de plus attaché en qualité de médecin-expert au tribunal de Montauban.

Permettez-moi d'ajouter, Messieurs, que M. Darnis est, d'ailleurs, l'un des confrères les plus honorables et les plus estimés que je connaisse; je n'hésite donc point à vous proposer de lui accorder le titre qu'il sollicite de membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité. M. le Dr Darnis est proclamé membre correspondant de la Société.

Du trouble de la sensibilité chez les aliénés. — Rapport sur la candidature de M. Bouteille.

Commission : MM. Motet, Loiseau, et Ad. Foville, *rapporteur*.

Messieurs,

M. le Dr Bouteille, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Pau, sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. Outre sa thèse inaugurale, il vous a adressé, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Des troubles de la sensibilité cutanée et des perversions de la sensibilité morale chez les aliénés.*

Chargé de vous rendre compte de ce mémoire, je m'occuperai d'abord de ce qui se rapporte aux phénomènes purement physiques de la folie, c'est-à-dire aux troubles de la sensibilité générale.

S'il est peu de questions plus intéressantes en médecine mentale, il en est peu, en même temps, qui soient environnées de plus de difficultés; aussi nos connaissances ne sont-elles pas parvenues encore, sous ce rapport, à un degré suffisant de netteté et de certitude.

Les phénomènes de la sensibilité sont extrêmement complexes; ils comportent d'abord, permettez-moi de vous le rap-

peler, le dépôt d'une impression à la périphérie du corps, puis la réception de cette impression par des éléments nerveux particuliers destinés à la recueillir, ensuite son transport par des fibres spéciales de la périphérie jusqu'aux centre nerveux.

Arrivée à ce point, la sensation peut avoir des fortunes diverses. Ou bien la portion de l'axe cérébro-spinal à laquelle elle a été apportée appartient au système des fonctions de conservation, et alors, en vertu d'un mécanisme préétabli et pour ainsi dire fatal dans ses effets, à l'arrivée de cette sensation succède un ébranlement particulier d'éléments nerveux déterminés, ébraulement qui, à son tour, fait naître une excitation motrice se propageant en sens inverse, et se traduisant par une contraction musculaire absolument indépendante de la volonté; en moins de termes, à la sensation succède un mouvement réflexe, limité ou étendu, simple ou complexe, isolé ou coordonné, mais toujours involontaire et le même pour la même sensation. Il peut arriver aussi qu'une impression donne lieu à des phénomènes de sensibilité réflexe; ces phénomènes sont moins bien connus que les mouvements réflexes, mais la réalité en est cependant bien établie.

Dans d'autres cas, au contraire, la sensation arrivée au terme de son trajet, aboutit aux portions des centres nerveux qui ont pour facultés spéciales et supérieures de percevoir, puis, d'après la perception, d'élaborer et enfin de prendre des déterminations. Ces dernières, transmises à leur tour aux nerfs centrifuges, se font connaître par des mouvements qui, cette fois, sont volontaires et conscients. Mais ce circuit, plus long que le précédent, peut ne pas être complété, et la perception une fois recueillie, l'organe penseur peut n'y faire que peu d'attention ou même n'en tenir aucun compte; il peut encore en faire l'objet d'une élaboration très-complexe sans aller jusqu'à l'accomplissement d'un mouvement volontaire; il peut même, par un effort de la volonté, s'imposer de ne rien manifester. Cette série d'opérations cérébrales, perception, élaboration, déterminations volontaires dont nous avons parfaite conscience, a été provoquée par la sensation incidente, aussi bien que l'avait été la réaction motrice inconsciente dont nous avons parlé d'abord : comme elle, elle est donc un phénomène réflexe; seulement ce phénomène est de nature psychique au lieu d'être de nature musculaire. Peut-être bien est-il lui-même un mouvement, s'il faut s'en rapporter aux expériences toutes

récentes et si intéressantes de M. Schiff qui tendraient à démontrer que les actes psychiques s'accompagnent d'une augmentation de chaleur de la pulpe cérébrale, c'est-à-dire, ajoute ce savant physiologiste, qu'ils sont liés à un mouvement matériel soumis aux lois générales qui régissent la matière. (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1869 et 1870.)

Cette manière de considérer les phénomènes intellectuels consécutifs aux sensations comme de vrais actes réflexes nous paraît très-fondée; elle montre, dans les fonctions des centres nerveux, une remarquable unité de procédés et fait dépendre la diversité des résultats, non pas d'une différence dans le mode de fonctionnement qui est le même, mais d'une différence dans les propriétés spéciales des organes qui sont mis en émoi et appelés à agir par l'incidence d'une sensation. Les uns, faits uniquement pour présider à la conservation de l'organisme et de l'espèce, réfléchissent, sans perception cérébrale, des actes involontaires; les autres, instruments de perception et de pensée, réfléchissent des actes psychiques. Griesinger, dans les généralités de son traité des maladies mentales, insiste beaucoup sur le caractère réflexe d'un grand nombre de phénomènes intellectuels et délirants; j'ai moi-même appliqué les mêmes idées à l'analyse physiologique du délire et comparé, comme processus pathogénique, les délires réflexes aux convulsions réflexes. (*Nouveau Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratiques*, art. *Délire*.) Dans le mémoire que je citais il y a un instant, Schiff parle à chaque page d'actes psychiques réfloxes, et tout récemment M. le professeur Verneuil a insisté sur la production du délire par action réflexe, en signalant à l'Académie de médecine la funeste influence exercée par l'alcoolisme dans les affections chirurgicales. (Séances des 13 décembre 1870 et 14 février 1871.)

La grande multiplicité des éléments qui concourent à l'accomplissement des phénomènes de la sensibilité entraîne une complexité correspondante dans l'étude des troubles fonctionnels de cette faculté.

Pour ne parler que de la sensibilité générale, du sens du tact, bien que le même raisonnement puisse s'appliquer aux appareils des sens spéciaux, n'est-il pas évident qu'un trouble dans cette fonction peut tenir, d'abord, à une altération organique ou à une modification fonctionnelle d'une portion quelconque de l'appareil purement sensitif, c'est-à-dire soit de

l'organe périphérique qui reçoit l'impression, soit du conducteur nerveux qui la porte au centre, soit du centre sensitif ou d'incidence auquel elle aboutit?

Mais comme nous ne pouvons juger des phénomènes de la sensibilité, sur autrui, que par les réactions conscientes ou inconscientes qu'ils provoquent, il faut encore ajouter, comme pouvant faire supposer un dérangement de cette fonction, les modifications pathologiques du centre de réflexion motrice physiologiquement accouplé au centre sensitif ci-dessus désigné, du nerf centrifuge correspondant, de l'appareil musculaire dans lequel ce nerf se termine, et pour les sensations qui font le grand circuit, les affections des organes cérébraux présidant à la perception, à l'élaboration des idées, à l'exercice de la volonté. En d'autres termes, si on dépose une impression, telle qu'une piqûre d'épingle, sur la peau d'un malade, sans que celui-ci réagisse par aucun signe, volontaire ou non, cela peut tenir à un trouble matériel ou fonctionnel de l'appareil sensitif de la peau qui doit être influencé par l'impression; du nerf centripète qui doit la transmettre; du noyau de substance grise de la moelle, auquel aboutissent les racines postérieures de ce nerf; du noyau de substance grise situé dans les cornes antérieures et accouplé au noyau précédent; du nerf centrifuge qui en émane; du muscle où ce nerf aboutit, ou bien encore : de l'organe cérébral chargé de percevoir la sensation; de l'organe cérébral chargé de l'élaborer; de celui chargé de transmettre les ordres de la volonté.

On voit, par là, combien est difficile l'interprétation de l'expérience que nous accomplissons tous, chaque jour, d'une manière un peu banale, en piquant ou en pinçant un malade et en observant sa physionomie pour y saisir l'indice d'une réaction consciente ou non.

Encore cette étude est-elle relativement facile lorsque l'on a affaire à un malade jouissant de toute son intelligence et apportant le concours de sa bonne volonté et de son attention à l'explication des phénomènes qui se passent dans sa propre économie. Mais lorsque l'on se trouve en face d'aliénés, chez lesquels ce concours manque d'une manière plus ou moins complète, l'on voit augmenter singulièrement la difficulté de l'observation et par suite l'incertitude des résultats.

C'est là une condition essentielle dont ne me paraissent avoir tenu un compte suffisant ni M. le Dr Bouteillo, ni plusieurs des auteurs qui comme lui ont parlé des troubles de la sensibi-

lité cutanée chez les aliénés. Si l'on peut, chez un de ces malades, enfoncer une épingle dans la peau du bras ou de la jambe sans provoquer de réaction, n'est-ce pas agir avec trop de précipitation que de déclarer que chez lui la sensibilité cutanée est abolie? Sans doute cela sera souvent exact, mais ce sera loin d'être constant. Si l'on a affaire à un dément, ne peut-il pas se faire que l'appareil nerveux de réception et de transmission fonctionne encore, mais qu'au point d'incidence le miroir soit tellement confus qu'il ne réfléchisse rien? S'il s'agit d'un maniaque exalté, n'arrivera-t-il pas que la sensation soit perçue, mais qu'elle vienne se perdre au milieu d'un tel tumulte de sensations, de pensées et de réactions, qu'elle s'y abîme sans laisser de traces, sans provoquer de réaction distincte?

Si enfin le sujet est un lypémaniaque et surtout un lypémaniaque stupide, n'y a-t-il pas beaucoup de chances pour que la sensation soit parfaitement perçue, pour qu'elle provoque même une souffrance intense très-réelle, et que cependant toute manifestation extérieure soit énergiquement réprimée? Dans ces trois cas la piqûre passera également inaperçue, et cependant dans tous les trois la sensibilité purement cutanée sera intacte; dans chacun l'absence de réaction tiendra à une cause différente.

Voilà une première série de questions qu'une étude analytique des troubles de la sensibilité, chez les aliénés, devrait s'appliquer à résoudre.

Ce n'est pas tout. L'on est loin, aujourd'hui, de considérer la sensibilité comme une fonction unique; l'on sait, au contraire, qu'il y en a plusieurs sortes qui peuvent être altérées séparément. La distinction la plus importante est celle de l'anesthésie et de l'analgésie, due aux recherches si intéressantes de Beau; l'on sait, grâce à lui, que là où le tact persiste, la douleur même la plus intense peut n'être pas perçue. L'on distingue en outre la sensibilité à la pression, à la température, et enfin le sentiment d'activité musculaire.

Toutes ces distinctions, à peine soupçonnées il y a quelques années, font aujourd'hui partie des connaissances courantes en pathologie nerveuse, et auraient leur place marquée dans le sujet dont nous nous occupons; mais, répétons-le, chez les aliénés, du moins chez tous ceux dont le trouble mental est général, ce trouble introduit de telles chances d'erreurs dans la constatation des phénomènes, que les inductions que l'on

voudrait en tirer courraient grand risque d'être entachées d'erreur.

L'on ne saurait donc s'étonner que le programme dont je me suis laissé entraîner à tracer ici le cadre n'ait pas encore été rempli dans tous ses détails ; je pense cependant que M. Bouteille n'a pas été assez rigoureux dans son mode de constater l'abolition de la sensibilité cutanée. Lorsque, par exemple, il nous montre, dans ses observations, un maniaque ou un lypémaniaque qui, dans la période aiguë de leur affection, ne paraissent sentir ni piqûre ni pincement, et qui, à mesure qu'ils se calment et reviennent à la raison, se montrent de moins en moins insensibles à ces mêmes excitations, est-il, par cela seul, suffisamment autorisé à affirmer que chez ces deux malades il a existé une anesthésie cutanée complète, et que celle-ci a disparu d'une manière progressive et parallèle à l'amélioration mentale ? N'est-il pas très-possible que la sensibilité cutanée soit restée intacte tout le temps et que l'état morbide des centres nerveux ait seul été cause de l'absence ou de l'amoindrissement des réactions ? Cela ne méritait-il pas au moins d'être étudié ?

Mais je me suis trop appesanti jusqu'ici sur ces critiques d'ensemble, et j'ai négligé de vous faire connaître le plan suivi par l'auteur.

Après quelques généralités sur l'importance de l'étude des symptômes somatiques dans l'aliénation mentale et sur l'insuffisance des doctrines purement psychologiques, il rappelle que les troubles de la sensibilité cutanée, chez les aliénés, ont été signalés et étudiés par différents auteurs tels que Foville père, Michéa, Auzouy. C'est surtout le travail de ce dernier confrère, directeur médecin de l'asile de Pau et par conséquent chef du service auquel M. Bouteille est attaché, qui l'a dirigé dans ses recherches : celles-ci s'appliquent aux différentes formes de folie, manie, lypémanie, démence, paralysie générale. Il est à regretter qu'à l'occasion de cette dernière, l'auteur n'ait pas cherché à vérifier les idées émises par M. de Crozant qui a dit, vous vous le rappelez, que les paralytiques au début présentaient une première période d'hyperesthésie cutanée, bientôt suivie d'anesthésie.

M. Bouteille ne s'est pas occupé seulement des troubles de la sensibilité du tégument externe ; il a aussi parlé de l'anesthésie des membranes muqueuses, sujet très-intéressant, et qui, je le crois, n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici. On

s'est contenté, en général, à cet égard, de constater que certains aliénés ne clignent pas des paupières lorsqu'on passe un corps léger sur leur globe oculaire, n'éternuent pas lorsqu'on met sous leurs narines un objet d'une odeur irritante. Il serait très-intéressant de pousser les investigations plus loin et de se demander si l'anesthésie des voies respiratoires n'entre pas pour beaucoup dans le peu de retentissement de certaines bronchites et pneumonies latentes, si celle des voies digestives n'explique pas, soit certaines morts subites causées par l'accumulation d'aliments dans l'arrière-bouche, soit la constipation ordinaire chez un grand nombre de mélancoliques.

J'avais moi-même commencé, il y a plusieurs années, des études sur l'état de la sensibilité des muqueuses génito-urinaire et rectale chez les malades affectés d'incontinence d'urine et des matières fécales. M. Auzouy a bien dit, dans le mémoire auquel je faisais allusion il y a un instant : « Notons que tous les gâteux sont anesthésiques et que, lorsque la sensibilité cutanée vient à reparaître, ils cessent de gâter » (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1859, p. 551) ; mais ces paroles mêmes prouvent qu'il ne parlait que de la sensibilité cutanée et non de celle des muqueuses. M. Briquet a été plus explicite à cet égard, en ce qui concerne les femmes affectées d'hystérie (*Traité de l'Hystérie*, p. 289, 476, 304, 686). Il signale chez elles l'insensibilité accidentelle de la vessie, du vagin, du rectum, et y voit la cause de troubles dans la mixtion et la défécation; mais il considère cette anesthésie des muqueuses comme une extension de celle de la peau. Les premières recherches que j'avais ébauchées sur cette question ne me permettent pas de considérer cette opinion comme toujours exacte. Chez deux femmes de l'asile de Châlons qui présentaient, à certaines périodes, des symptômes d'incontinence ou de paralysie vésicale et rectale, j'ai constaté, de la manière la plus nette, qu'alors que le tégument externe avait conservé sa sensibilité sur toute l'étendue du corps, y compris les cuisses, le siége, le pourtour de l'anus et de la vulve, il existait une anesthésie complète des muqueuses vésicale, vaginale et rectale. Le passage de la sonde, l'introduction des instruments ou celle du doigt ne donnaient lieu à aucune sensation. Il en était de même de courants galvaniques intenses lorsque les deux pôles de la pile se trouvaient chacun au contact d'une de ces muqueuses. Lorsqu'au contraire l'un des pôles était en contact avec une de ces muqueuses, et que l'autre touchait un point

quelconque de l'enveloppe cutanée externe, la sensation était immédiate et très-intense. Il m'a paru en même temps que l'usage de la faradisation contribuait à réveiller la sensibilité des muqueuses et à rétablir les fonctions des réservoirs organiques qu'elles tapissent. Les circonstances ne m'ont pas permis de continuer ces études, mais je suis porté à penser qu'il y aurait là un sujet de recherches aussi intéressant au point de vue de la physiologie pathologique, qu'important sous le rapport thérapeutique.

Le domaine de la sensibilité morale est moins bien défini que celui de la sensibilité physique. Il comprend les sentiments moraux et affectifs, les impulsions instinctives, les phénomènes émotifs, etc. M. Bouteille en a fait une étude nécessairement assez brève; car, pour être complet, il eût fallu, pour ainsi dire, embrasser tout le champ de la pathologie mentale. Il s'applique surtout à montrer qu'il y a parallélisme constant entre les altérations morbides de cette sensibilité et celles de la sensibilité physique, parallélisme très-intéressant et souvent exact, je le crois, sous le rapport des manifestations symptomatologiques, mais dans lequel il ne faut pas perdre de vue la réserve que j'ai déjà faite, et qui consiste à ne pas confondre l'absence de réaction avec l'abolition de la sensibilité. Cette réserve s'applique également aux épileptiques, chez lesquels je me demande si les modifications réelles de la sensibilité cutanée jouent un aussi grand rôle que le pense M. Bouteille; l'auteur ne se laisse-t-il pas trop entraîner par l'objet spécial de ses recherches, lorsqu'il dit « que la folie épileptique est incurable, parce que jamais on » on ne constate le retour de la sensibilité chez les sujets » atteints de cette névrose? » Mais, pour revenir, il faudrait qu'elle fût toujours partie, ce qu'il serait, je crois, assez difficile de prouver.

La faradisation est, par excellence, le traitement dirigé contre les anomalies de la sensibilité générale, depuis les travaux de MM. Briquet et Duchenne de Boulogne. C'est là une importante recommandation pour l'employer dans le traitement des maladies mentales. Aussi M. Bouteille a-t-il exposé avec certains développements les indications qu'elle est appelée à remplir, et les résultats que l'on peut en attendre dans les différentes formes de folie.

Ce mémoire est accompagné d'observations recueillies avec soin par l'auteur et servant d'illustration aux principales idées

exposées par lui. L'ensemble du travail témoigne de connaissances étendues en pathologie mentale et d'un désir très-sincère de contribuer par des recherches personnelles aux progrès de notre science.

L'extension que je me suis laissé aller à donner à l'analyse du mémoire manuscrit de M. Bouteille ne me permet pas de m'étendre beaucoup sur sa thèse inaugurale, dont le sujet, du reste, ne rentre pas dans le cadre de notre spécialité, tout en se rattachant à la pathologie nerveuse ; elle a pour objet l'étude de la laryngite striduleuse ou faux croup. Je me contenterai de dire que l'auteur s'écarte à la fois des auteurs qui ne voient dans cette maladie qu'une simple affection catarrhale, et de ceux qui, lui attribuant une nature diphthéritique, la regardent comme un diminutif du croup proprement dit et proposent de l'appeler croupine. Il insiste au contraire sur son caractère nerveux et spasmodique, et montre que par là elle se rattache à la classe des névroses.

M. Bouteille a été pendant plusieurs années attaché comme interne aux hôpitaux d'Aix, à l'asile des aliénés de cette même ville et à celui de Marseille; il est aujourd'hui médecin-adjoint à l'asile de Pau. J'espère, Messieurs, qu'en raison de ces titres professionels et des travaux scientifiques dont j'ai cherché à vous donner un aperçu, vous voudrez bien adopter les conclusions de votre commission; elle a l'honneur de vous proposer de l'admettre au nombre des membres correspondants de la Société médico-psychologique de Paris.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité. En conséquence, M. le Dr Bouteille est déclaré membre correspondant de la Société.

La séance est levée à six heures.

Séance du 24 avril 1871.

Présidence de M. Jules Falret, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'action thérapeutique des bromures.

M. Legrand du Saulle. — Je prie la Société de m'excuser de

ne pas répondre aujourd'hui aux communications de mes collègues MM. Falret et Voisin sur la question des bromures ; elles n'ont pas encore été publiées, il me serait donc impossible de suivre leur argumentation.

M. Brierre de Boismont annonce que son mémoire sur Griesinger est prêt, et demande si, quand les circonstances le permettront, la Société serait disposée à l'entendre. La Société accepte la proposition de M. Brierre de Boismont.

M. Loiseau : — Messieurs, j'ai cru devoir vous convoquer, malgré les circonstances difficiles que nous traversons, j'ai pensé qu'il était bon que nous nous trouvions ensemble et que vous ne me sauriez pas mauvais gré de l'initiative que j'ai prise.

Du délire dans les maladies aiguës.

M. Legrand du Saulle : — Puisque l'ordre du jour ne peut être rempli aujourd'hui, permettez-moi de vous signaler des faits qui se rapprochent des sujets habituels de nos études. Chargé, pendant le siége de Paris, d'un service de varioleux à l'hospice de Bicêtre, j'ai constaté très-fréquemment chez mes malades des hallucinations, qui étaient toujours en rapport avec les préoccupations des soldats ; dans leur délire, ils parlaient de l'ennemi, du bombardement, des tranchées ; ils avaient de l'anxiété, de l'angoisse, et, lorsqu'un fait militaire d'une certaine importance s'était produit, comme après les combats de Villiers et de Champigny par exemple, j'étais frappé de l'état mental des varioleux qui m'étaient amenés dans les jours suivants ; j'ai constaté pendant plus de trois semaines après, de la dépression, du découragement, et dans les varioles graves, un état de délire beaucoup plus accusé. En fait de symptômes psychiques, j'ai constaté un nombre considérable de nostalgiques chez les Bretons ; ils ne parlaient pas, répondaient à peine à tout ce qu'on faisait pour eux. J'ai pensé qu'en les rapprochant entre eux, j'obtiendrais une amélioration ; chez quelques-uns, j'ai réussi, mais chez d'autres, quoi que j'aie pu faire, je n'ai rien obtenu, ils refusaient les aliments, tombaient dans un état d'adynamie profonde et succombaient.

M. Brochin : — J'ai constaté les mêmes faits dans mon service à l'ambulance du Palais du Luxembourg ; la nostalgie y a été très-commune, et j'ai rencontré les mêmes difli-

cultés. Ce qui m'a surtout frappé, c'est l'extrême fréquence du délire dans les affections aiguës ; j'ai eu à soigner un très-grand nombre de fièvres typhoïdes et chez la plupart de mes malades, j'ai vu survenir le délire, il en a été de même avec les pneumonies, même dans celles qui n'étaient pas du sommet ; je me suis demandé si ces délires n'étaient pas d'origine alcoolique, j'affirme que non; je n'ai pas trouvé là les symptomes habituels des délires alcooliques.

M. Motet : — Placé dans les mêmes conditions d'observation que mon honorable collègue M. Brochin, j'ai vu passer sous mes yeux toutes les affections aiguës qui se sont succédé pendant le siége de Paris ; je croyais qu'il me serait facile de constater l'influence de l'alcool dans les délires qui se montraient chez presque tous nos malades, et souvent même dans les affections les plus simples; je suis entièrement de l'avis de M. Brochin, je n'ai pas plus que lui constaté d'intoxication alcoolique bien démontrée. Le délire survenait aussi bien dans les angines que dans les fièvres typhoïdes et les broncho-pneumonies.

M. Brochin : — Les mêmes faits se sont présentés à mon observation ; dans les broncho-pneumonies, qui ont existé en si grand nombre pendant les mois de janvier et février, et qui ont la plupart du temps pris un caractère typhoïde, j'ai été frappé de la grande dépression des malades et du délire vague dont ils étaient presque tous atteints.

M. Linas:—Je ne veux présenter que quelques considérations générales relatives à la fréquence du délire chez les blessés, ou chez les malades militaires ; je serais assez porté à accuser l'alcoolisme, non pas invétéré, mais les habitudes nouvelles contractées dans la vie militaire. Il est incontestable qu'il y a là quelque chose dont il faut tenir compte, et qui vient s'ajouter aux circonstances dépressives dans lesquelles se sont trouvés si souvent nos soldats ; il est certain que sous leur influence, les malades délirent beaucoup plus facilement, dès qu'une affection aiguë fébrile vient à se développer.

Quant à la nostalgie observée chez les Bretons, tous les médecins en ont constaté la fréquence ; les Armoricains, en effet, se trouvaient absolument isolés, cet isolement cependant n'est pas la seule cause de la nostalgie chez eux ; il y a là un effet dépendant de la race même ; les Bretons passent pour être, de tous les Français, ceux dont le caractère un peu sombre est le plus facilement porté à la tristesse.

M. Loiseau : — J'ai vu dans une ambulance privée, du service médical de laquelle j'étais chargé, un assez grand nombre de Bretons, et dès le mois d'octobre déjà, je constatais chez les mobiles de la nostalgie. Il est certain, que brusquement arrachés à la famille, à leur pays, ils arrivaient dans un milieu où tout était changé pour eux, les images, la topographie, la disposition des lieux. Comme M. Legrand du Saulle, je me suis bien trouvé du rapprochement de ces malades. J'ai même assisté à une véritable résurrection chez un jeune mobile, qui, à la suite d'une broncho-pneumonie, était tombé dans un état de stupeur mélancolique profonde, et refusait les aliments; j'ai fait venir un aumônier parlant parfaitement le dialecte breton, je le mis en rapport avec mon malade, et je vis celui-ci se relever comme par enchantement.

J'ai été frappé de l'absence du délire, dans les grands traumatismes, et au contraire, de sa fréquence dans les affections aiguës; n'en faut-il pas chercher la cause dans le changement de vie complet des malades qui, mal nourris, soumis à de vives émotions morales, buvant plus d'alcool que d'habitude, vivaient dans une sorte d'excitation continue du système nerveux et s'affaiblissaient rapidement?

M. Legrand du Saulle : — J'ai eu dans mon service un très-grand nombre de varioles hémorrhagiques. Un fait extrêmement intéressant m'a beaucoup frappé, j'ai remarqué que les malades atteints de cette forme si grave de la variole, conservaient presque tous, jusqu'à la fin, une lucidité complète de l'intelligence; tandis que dans les varioles confluentes, le délire était la règle la plus générale; ainsi sur 80 varioles hémorrhagiques, j'ai vu mourir 74 individus; ils nous arrivaient dans un état horrible, perdant le sang par toutes les muqueuses, souvent dans un état voisin de l'état syncopal, ils ne déliraient pas une minute, ils causaient avec nous, nous demandaient des secours, avec une liberté d'esprit entière. Je me rappellerai toujours ce spectacle étrange de malades atteints d'une affection qui devait les emporter quelques heures plus tard, et qui présentaient, jusqu'au dernier moment, une entière liberté d'esprit, peut-être même de la suractivité des fonctions intellectuelles. J'ai vu entre autres un jeune homme d'une très-bonne famille, ayant reçu une éducation distinguée, s'éteindre quelques minutes après nous avoir fait dans les termes les plus touchants le récit de sa vie dont il pressentait la fin prochaine.

M. Brochin : — J'ai eu aussi quelques varioleux; j'ai été très-frappé de ce fait, que le délire était presque constant dans des varioles relativement bénignes, tandis qu'un varioleux hémorrhagique n'a pas déliré un seul instant.

M. J. Falret : — J'ai observé cet hiver un cas de variole noire chez un aliéné dément qui, depuis quinze ans, n'avait pas exprimé deux idées suivies; pendant sa variole, je ne veux pas dire qu'il ait recouvré l'intelligence, mais il a eu certainement beaucoup plus d'activité d'esprit et des manifestations beaucoup plus sensées.

M. Trélat : — Ce fait n'est pas absolument extraordinaire; il est d'expérience que les affections aiguës intercurrentes apportent de profondes modifications dans l'état mental des aliénés qui peuvent même parfois recouvrer momentanément la raison.

La séance est levée à six heures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1869. (*Suite.*)

Gazette médicale de Paris.

3e série, t. XXIV.

COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

1° *Présentation de préparations de substance colloïde observée à la surface du cerveau d'un malade qui a succombé aux progrès de la paralysie générale*; par M. le Dr Magnan. (Séance du 17 oct. 1868.)

Voy. *Annales médico-psych.*; janv. 1871, p. 116.

2° *De l'hématôme des oreilles chez les aliénés.* (Même séance.)

D'après M. Magnan, ces tumeurs seraient le plus souvent la conséquence d'un traumatisme, contrairement à la théorie de la congestion avec hémorrhagie que l'on a voulu faire prévaloir il y a quelques années.

A l'appui de son opinion, M. Magnan présente une pièce anatomique où il est facile de constater qu'il y a eu pseudarthrose des cartilages fracturés de la conque auditive; c'était autour de cette fausse articulation que siégeait l'hématôme.

Avec MM. Gubler, Dumontpallier et Laborde, nous pensons que, tout en acceptant la part du traumatisme, il ne faut point rejeter d'une façon absolue la théorie de la congestion soutenue par M. le Dr Foville, pour expliquer la fréquence des hématômes des oreilles chez les aliénés.

3° *Epilepsie et chorée chez une idiote; asymétrie des lobes cérébraux; kyste de la base du cerveau*; par M. Villard. (Séance du 7 novembre.)

Observation très-bien faite et très-intéressante, recueillie à la Salpêtrière dans le service de M. Baillarger, sur une jeune fille de 10 ans : examen à l'état frais, par M. Liouville ; des-

sin par M. Lepelletier, interne des hôpitaux. Cette observation échappe à toute analyse et nous ne pouvons qu'y renvoyer nos lecteurs. (Même séance.)

4° *Présentation de l'estomac d'une chienne qui est morte d'intoxication alcoolique : mécanisme des attaques épileptiformes dans le cours de l'alcoolisme*; par M. Magnan. (Séance du 1er novembre.)

On voit sur la muqueuse des traces évidentes de gastrite. De plus, le foie était graisseux et les cordons postérieurs de la moelle offraient un commencement de dégénérescence grise.

Le foie et le cerveau analysés contenaient une certaine quantité d'alcool.

M. Magnan saisit cette occasion pour annoncer aux membres de la Société de biologie qu'il croit avoir trouvé le mécanisme des attaques épileptiformes dans le cours de l'alcoolisme. Au début de l'intoxication alcoolique, on n'observerait que des symptômes d'empoisonnement aigu ; plus tard, il existerait des lésions cérébrales qui seraient, en quelque sorte, la *prédisposition organique* aux crises épileptiques. De plus, comme M. Magnan l'a déjà annoncé dans une de ses publications, l'absinthe sans mélange donne, chez tous les animaux, des crises d'épilepsie.

Discussion, par MM. Brown-Séquard, Broca et Magnan.

5° *Epilepsie alcoolique; action spéciale de l'absinthe; épilepsie absinthique*; par M. Magnan. (Même séance.)

Ce nouveau travail de l'habile expérimentateur vient à l'appui de la théorie émise dans l'article précédent et complète les idées de l'auteur sur ce sujet.

Les phénomènes qui caractérisent l'épilepsie alcoolique sont, dit-il, de nature radicalement différente suivant les cas : ils peuvent se montrer, ou bien chez des individus qui, n'ayant pas l'habitude de boire, ou n'ayant éprouvé antérieurement que des accidents alcooliques passagers, ont fait des excès récents de boisson, ou bien chez des buveurs de profession atteints d'alcoolisme chronique.

Dans le premier cas, la crise épileptique est produite de toute pièce par la boisson. Dans le deuxième cas, le rôle de la boisson est secondaire, la cause première réside tout entière dans l'organisme. En d'autres termes, chez les premiers

l'épilepsie est due à une intoxication; le poison à lui seul détermine la crise; chez les derniers, la boisson n'est qu'un excitant agissant sur des centres nerveux déjà préparés et provoquant des accidents convulsifs analogues à ceux qui se produisent, sous l'influence des causes les plus variables, chez les paralytiques ou chez les malades affectés de certaines lésions cérébrales. Aussi faut-il, dans le premier cas, des boissons de *nature déterminée* (absinthe) pour provoquer l'épilepsie; dans le deuxième cas, au contraire, toute boisson stimulante est bonne, pourvu qu'elle soit prise à dose suffisante. Dans quelques circonstances, on le sait, l'alcoolique chronique peut même, sans le secours des boissons, réaliser la crise d'épilepsie sous l'influence de causes très-diverses, il a en lui l'*aptitude* à la crise convulsive. Les excès répétés ont produit dans son organisme des changements matériels qui ont fait naître cette prédisposition. La clinique, de même que l'expérimentation physiologique, démontre ces deux ordres de faits. (*Annales médico-psychologiques*, n° de janvier 1871, p. 79.)

6° *Note sur la température des parties centrales dans l'apoplexie liée à l'hémorrhagie et au ramollissement du cerveau*; par M. Charcot. (Séance du 15 juin 1868, n° 6, fév.)

Lorsque l'exploration du rectum a pu être pratiquée, soit au moment même de l'attaque apoplectique, soit encore quelques heures après, presque toujours on a trouvé, surtout dans les cas graves, la température notablement abaissée au-dessous du taux normal. Ainsi, au lieu de 37° 5 qui représente l'état physiologique, on a trouvé en pareil cas à peine 37°, ou même un chiffre moins élevé pouvant descendre jusqu'à 36°.

Bientôt le chiffre thermométrique se relève; il est rare qu'au bout de 24 heures il n'ait pas atteint 37° 5, et, à partir de cette époque, il se maintient pendant un nombre variable de jours entre 37° 5 et 38°. Il est peu commun que ce dernier chiffre soit dépassé lorsque le malade doit survivre, à moins qu'il ne se soit produit quelque complication inflammatoire. Si au contraire la maladie doit avoir une issue funeste, on voit survenir — même en dehors de toute complication — une brusque élévation de la température centrale. Dans l'espace de 12, 24, 48 heures à peine, le thermomètre marque successivement 39°, 40° ou même 41°. Le chiffre 42 a été atteint plusieurs fois peu de temps avant la mort. Cette brusque

élévation de la température, dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, est un signe à peu près constant d'une mort prochaine; elle est habituellement précédée et comme annoncée par une tache ecchymotique, fréquemment suivie de la formation d'une escharre sur la fesse du côté paralysé.

Ainsi, d'après M. Charcot, dans l'état apoplectique grave lié à l'hémorrhagie cérébrale et au ramollissement du cerveau, on peut observer, en l'absence de complication inflammatoire viscérale, une série de modifications de la température centrale répondant à 3 périodes successives. Dans la première période, qui comprend les premières heures qui succèdent à l'attaque, le chiffre thermométrique s'abaisse en général au-dessous de 37° 5; dans la deuxième, qui dure un nombre variable de jours, il oscille entre 37° 5 et 38°. Enfin la dernière période, qui aboutit nécessairement et rapidement à la mort, est marquée par une élévation brusque de la température au-dessus de 39°, 40°, ou même 41°. Il importe de remarquer que ces chiffres élevés peuvent être atteints avant que les premiers phénomènes extérieurs de l'agonie se soient prononcés.

7° *Sur un phénomène observé dans l'empoisonnement par la nicotine*; par M. le Dr Rosenthal. (Même numéro.)

Chez les animaux empoisonnés par la nicotine, on voit, entre autres phénomènes, des convulsions qui sont produites par une excitation de la moelle épinière. On voit survenir ensuite une paralysie de tous les muscles qui est très-semblable à celle que détermine le curare. Elle ne dure que trois ou quatre heures et est suivie d'un état tout à fait normal si la dose employée n'est pas trop forte. Si, alors, on renouvelle la dose du poison, on ne voit pas réapparaître les convulsions. Cette innocuité peut persister pendant trois semaines environ après le premier empoisonnement.

On en peut conclure, suivant le Dr Rosenthal, que certaines parties de la moelle sont restées paralysées, tandis que les phénomènes volontaires sont revenus à l'état normal; que, par conséquent, les parties de la moelle en rapport avec les centres volontaires peuvent échapper à une action qui porterait exclusivement, dans ce cas, sur les parties de la moelle en rapport direct avec les nerfs moteurs.

8° *Sur l'action de la colchicine chez la grenouille;* par le Dr F. Saliet. (N° 7, fév.)

1° La colchicine, injectée dans la peau des grenouilles à

la dose de 5 à 10 centigrammes d'une solution au quart, donne lieu, au bout de 8 à 15 minutes, à une sorte de tétanos ou convulsion tonique générale, convulsion initiale, bientôt suivie d'une série de petites secousses ou contractions musculaires fibrillaires très-rapides. Cette convulsion se répète spontanément, d'intervalle en intervalle, sous forme d'accès, pendant une demi-heure ou une heure. Par leur forme, ces convulsions offrent de grandes analogies avec celles produites par la strychnine.

2° Pendant tout le temps que durent ces convulsions, et avant même leur apparition, c'est-à-dire 4 ou 5 minutes après l'injection, il existe chez la grenouille une excitabilité très-exagérée : les moindres excitations péripbériques suffisent pour produire les convulsions quand elles n'existent pas. Sous ce rapport encore, exagération de l'excitabilité, la colchicine offre des rapports avec la strychnine.

3° Aux convulsions et à l'exagération de l'excitabilité qui caractérisent la première période de l'empoisonnement, succède une période de résolution et d'excitabilité. Les mouvements respiratoires qui s'effectuaient encore tout à l'heure, dans l'intervalle des convulsions, ont alors complétement cessé. Le cœur continue ses battements pour ne s'arrêter que beaucoup plus tard, après 10 ou 15 heures. Les cœurs lymphatiques battent irrégulièrement ou ont cessé de battre. Toutefois il est possible qu'en plaçant la grenouille dans des conditions convenables de température et d'humidité, l'arrêt du cœur serait plus éloigné, et peut-être même pourrait-on obtenir la résurrection de l'animal.

4° Les convulsions produites par la colchicine ne sont pas le résultat de la modification de la contractilité musculaire causée par une action spéciale de la substance sur les muscles, comme cela a lieu pour la vératrine, mais bien le résultat d'une excitation de la moelle épinière.

5° La colchicine possède aussi une action sur les muscles, dont elle modifie la contractilité; sous ce rapport, elle se rapproche de la vératrine. Cette action est plus lente à se produire que la précédente et n'est point encore manifeste au moment où les convulsions existent déjà. La modification de la contractilité musculaire est plus marquée dans les muscles qui ont subi le contact direct de la substance.

9° *Recherches sur l'action physiologique de la cocaïne*; par M. le Dr Jolyet. (Même numéro.)

1° L'acétate de cocaïne, ainsi que les sels solubles à faible dose (0,001 à 0,01 centig. chez les grenouilles, par exemple), excite la sensibilité, ou, si l'on veut, l'excitabilité et diminue la motilité.

2° A doses un peu plus élevées (0,01 à 0,025, toujours chez les grenouilles), ces animaux perdent le pouvoir coordinateur des mouvements, ne peuvent plus se transporter d'un point à un autre, tout en conservant la sensibilité.

3° A doses plus élevées (0,04 à 0,06), la sensibilité diminue, puis disparaît complétement; le pouvoir excito-moteur ne disparaît jamais.

5° A doses fractionnées, tétanos caractérisé (grenouilles, cabiai); si la dose n'a pas été poussée jusqu'à certaines limites, les animaux se rétablissent; ils meurent, au contraire, dans l'autre cas.

10° *Encéphalite chronique interstitielle occupant le lobe sphénoïdal droit avec tuméfaction et saillie sur les parties voisines; crises épileptiformes depuis 6 ans; céphalalgies fréquentes; affaiblissement progressif de l'intelligence; hémiplégie gauche dans les derniers jours de la vie*; observation présentée par M. Magnan. (Même numéro.)

Dans cette observation remarquable, plusieurs points, dit M. Magnan, méritent de fixer l'attention, et il s'arrête plus particulièrement sur le début de la maladie, la lenteur de son évolution et sur l'absence de troubles de la motilité en rapport avec une lésion unilatérale considérable dans le cerveau. On peut, ajoute-t-il, rapprocher ce cas d'un fait analogue rapporté par M. Hayem (comptes rendus de la Société de biologie, décembre 1866, p. 149), dans lequel on trouve, au point de vue clinique également, quelque ressemblance, puisque le début réel de la maladie a été très-insidieux et ne s'est manifesté que par un changement dans le caractère, tandis que le début apparent aurait été une attaque comateuse avec chute subite survenue dans la rue : troubles cérébraux consécutifs et faiblesse du bras gauche au bout de quelques jours, symptômes que l'on ne peut guère considérer comme une encéphalite qui commence.

Ainsi, dans les deux cas, on trouve un début lent avec des symptômes non caractéristiques, et plus tard l'apparition de

phénomènes, qui indiquent une lésion déjà produite depuis longtemps.

11° *Plaie communicante du genou droit; amputation de la cuisse; tétanos; fève de calabar; mort.* Obs. recueillie à la Salpêtrière sur un enfant de 9 ans, par M. Bourneville. (N° 8, fév.)

12° *Recherches expérimentales relatives au sens des mouvements de rotation dus aux lésions encéphaliques unilatérales;* par le Dr L. Prévost. (N° 9, fév.)

Des divers mouvements de rotation observés chez les animaux. Suivant M. Prévost, les diverses espèces de mouvements circulaires observés chez les animaux peuvent être ramenés en somme à deux groupes : le *mouvement de manége* et le *mouvement gyratoire* ou le *roulement sur l'axe*, tous les autres mouvements n'étant que des variétés de ces deux groupes. On peut même ajouter que ces deux groupes ne sont eux-mêmes que le dérivé l'un de l'autre, car, comme le fait remarquer Brown-Séquard :

« Le roulement n'est, en général, qu'une exagération du tournoiement (ou mouvement de manége), c'est-à-dire que lorsqu'il y a une diminution d'intensité de la cause qui produisait le *roulement*, cette même cause produit le *tournoiement*.

Il est très-facile de comprendre ce qu'entend un observateur qui, en parlant d'un mouvement de manége, dit que le mouvement se fait de gauche à droite, ou de droite à gauche; le lecteur en effet se plaçant au centre du cercle décrit par l'animal, saisit parfaitement la pensée de l'observateur, mais il n'en est plus de même quand il s'agit du mouvement de roulement, faute par les physiologistes de définir d'abord la position qu'ils prennent par rapport audit animal. De là une obscurité d'autant plus grande que les termes de *rouler* et de *tourner* ont été employés souvent l'un pour l'autre.

Quelques observateurs paraissent à l'auteur avoir décrit le mouvement en se substituant à la place de l'animal en expérience; d'autres, au contraire, ont décrit sous les noms de *roulement* le déplacement de l'animal sur le sol par rapport à un observateur regardant le train postérieur de cet animal. Cette dernière manière de voir paraît à M. Prévost avoir été, à juste titre, admise le plus souvent. C'est ainsi que M. Vulpian considère le mouvement de rotation quand il fait la remarque que le roulement se fait en sens inverse du mouvement de manége ou de tournoiement.

Ceci bien entendu, l'auteur passe à l'étude des *mouvements de rotation produits par la lésion d'un hémisphère cérébral.* Ces mouvements ont été beaucoup moins étudiés par les physiologistes que ceux qui dépendent des lésions unilatérales de l'isthme de l'encéphale; cela se comprend aisément, car ces mouvements ne sont bien accusés que chez les animaux supérieurs, et sont généralement moins énergiques que ceux qui sont produits par les lésions latérales de l'isthme.

Les mouvements de rotation qui résultent de la blessure d'un hémisphère cérébral rentrent tous dans la variété des mouvements de manége, le cercle décrit étant plus ou moins grand.

Mais ce mouvement de manége s'exécute-t-il toujours dans le même sens? et dans quel sens s'exécute-t-il? Tel est un point sur lequel les physiologistes ne sont pas tous d'accord. M. Prévost croit pouvoir soutenir, en en donnant des preuves, que, du moins chez les mammifères les plus élevés dans la série, et se rapprochant par conséquent le plus de l'homme, le mouvement de manége a lieu invariablement du côté de l'hémisphère lésé; cette opinion a aussi été admise par M. Mesnet; l'auteur l'appuie d'expériences dont nous regrettons de ne pouvoir donner que le sommaire; elles prouvent, en outre, que ce mouvement de manége mieux caractérisé chez le chien que chez le lapin, probablement à cause de la prédominance d'action du cerveau, devient plus manifeste quand on atteint les couches profondes de l'hémisphère (corps strié, couches optiques et même le pédoncule cérébral).

Exp. I. Plaie profonde de l'hémisphère droit traversant le pédoncule cérébral droit; rotation de la tête et des yeux du côté droit; manége de gauche à droite, remarquable par sa persistance; hémiplégie gauche. (Chienne adulte de taille moyenne.)

Exp. II. Blessure de l'hémisphère droit, atteignant la partie externe du corps strié; formation d'un abcès dans le trajet; rotation de la tête et des yeux à droite; manége très-prononcé de gauche à droite. (Petite chienne adulte de race terrier.)

Exp. III. Blessure de l'hémisphère droit; manége léger de gauche à droite; rotation de la tête et des yeux à droite. (Lapin.)

Exp. IV. Blessure de l'hémisphère droit; pas de manége; rotation légère de la tête à droite. (Lapin.)

Exp. V. Blessure de l'hémisphère droit et du corps strié; pas de manége; rotation légère de la tête à droite. (Lapin.)

Exp. VI. Blessure de l'hémisphère droit; couche optique; rotation de la tête et des yeux à droite; manége de gauche à droite. (Lapin.)

Exp. VII. Blessure de l'hémisphère droit, corps strié et couche optique; rotation de la tête et des yeux à droite; manége de gauche à droite. (Lapin.)

Exp. VIII. Blessure de la couche optique gauche; rotation de la tête et des yeux à gauche; manége de droite à gauche. (Lapin.)

Exp. IX. Blessure de la couche optique gauche; rotation de la tête et des yeux à gauche; manége de droite à gauche. (Lapin.)

Mouvements de rotation produits par des lésions unilatérales de l'isthme encéphalique. Aussi apparents chez les vertébrés inférieurs que chez les mammifères, les mouvements produits par les lésions de l'isthme encéphalique sont tantôt un mouvement de manége, tantôt un mouvement gyratoire ou de rotation sur l'axe.

Nous avons signalé plus haut une des causes d'obscurité relativement à la détermination du sens de la rotation sur l'axe; nous rappellerons simplement ici, d'après M. Prévost, que le sens du mouvement sur l'axe est le même que celui du manége, que ces deux mouvements s'exécutent dans le sens indiqué par la déviation des yeux, et que si l'animal se déplace sur le sol dans un sens opposé à la rotation qu'il effectue sur son axe, cela dépend uniquement du frottement du sol.

Le sens de la rotation, dans le cas de lésions unilatérales de l'isthme est variable, suivant le point de l'isthme qui a été atteint, et il n'est pas rare d'observer, pendant les premiers moments qui suivent l'opération, un mouvement de manége dans le sens opposé à celui qui s'établit définitivement quelques minutes plus tard. C'est là une particularité que M. Vulpian a fait observer à l'auteur, qui, en terminant, examine le sens de ce mouvement de rotation suivant les diverses lésions unilatérales de l'isthme. Ces différences dans les résultats obtenus avec les lésions de l'isthme, se conçoivent très-bien quand on songe que les entre-croisements des fibres nerveuses ne sont pas encore complets à ce niveau, comme ils le seront à un niveau plus supérieur.

13° *Kyste hydatique du lobe frontal;* par M. le Dr Magnan. (Séance du 21 novembre 1868.)

Le sujet de l'observation était une femme morte à l'asile

Sainte-Anne. Depuis 20 mois elle souffrait d'une céphalalgie très-violente ; au bout de 10 mois, l'intelligence s'est affaiblie ; plus tard, vomissements se reproduisant avec une grande ténacité ; puis difficulté d'avaler et incontinence des matières fécales, rétention d'urine. Depuis 5 mois environ, hémiplégie incomplète du côté gauche ; dans les derniers temps dyspnée. Depuis quelques temps affaiblissement considérable de la vue, d'abord du côté droit, puis du côté gauche.

A l'autopsie on a trouvé un kyste volumineux occupant presque tout le lobe frontal et renfermant des kystes secondaires dans lesquels l'examen microscopique a fait reconnaître des crochets d'échinocoques.

14° *De la fréquence du pouls dans l'ataxie locomotrice. — Ecchymoses de la tête et du cou chez les apoplectiques* ; par le Dr Charcot. (Séance du 12 octobre 1868.)

1° Les observations de M. Charcot relatives à la fréquence du pouls dans l'ataxie locomotrice ont porté sur 9 malades de la Salpêtrière : or 8 d'entre elles offrent une fréquence moyenne de 90, 100 et même 124 pulsations, sans que la température mesurée dans le rectum présente d'ailleurs dans ces cas une modification notable.

M. Charcot, sans vouloir chercher une explication de la fréquence remarquable du pouls chez ces malades, croit devoir rapprocher ce fait du résultat des observations sphygmographiques de M. Eulembourg, lesquelles montrent un abaissement considérable de la tension artérielle sur les malades atteints de *tabes dorsalis*. On connaît en effet, notamment par les résultats de l'expérience de Goltz, les relations qui existent entre l'abaissement de la tension et l'accélération des battements du cœur.

2° Quant à la production des ecchymoses que l'on observe si fréquemment sous les téguments de la tête et du cou chez les apoplectiques, M. Charcot rappelle que les auteurs qui regardent l'apoplexie comme le résultat d'une fluxion active vers la tête, considèrent cette production comme un phénomène du même ordre que l'hémorrhagie encéphalique elle-même, c'est-à-dire comme le résultat de l'exagération de la fluxion à un certain moment. Pour lui, l'an dernier, il a cherché à l'interpréter d'une manière toute différente en la rapportant à une paralysie des nerfs vaso-moteurs de la tête, paralysie analogue à celle que l'on observe dans le membre hémiplégique où elle se manifeste par l'excès de chaleur, et le plus souvent aussi

par l'eugorgement et la coloration violacée de quelques-unes des parties de ce membre.

A l'appui de cette théorie, M. Charcot, peut apporter les résultats d'une autopsie très-démonstrative. Chez une femme ayant succombé quelques jours après une attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté *gauche*, M. Charcot a trouvé l'aponévrose épicrânienne présentant du côté *gauche* une coloration rouge vineuse, et dans quelques points, de véritables ecchymoses. La coloration s'arrêtait nettement à la ligne médiane, et la moitié *droite* de l'épicrâne avait la couleur blanche habituelle. Du même côté, il y avait un foyer encéphalique.

15° *Epilepsie générale à la suite de la section de la moelle épinière et du nerf sciatique* ; par M. Brown-Séquard. (Séance du 16 janvier 1869.)

(Voy. *Annales médico-psych.*, n° de janv. 1870, p. 8.)

16° *Fièvre typhoïde chez un rhumatisant ; méningo-encéphalite aiguë, diffuse, superficielle;* par M. Quinquaud. (Même séance.)

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Le malade en question, dans la période d'invasion d'une fièvre typhoïde, survenant chez un rhumatisant, présente le développement d'une méningo-encéphalite superficielle; or qu'est-il résulté, au point de vue des symptômes, de ce conflit de plusieurs maladies distinctes? Le résultat a été celui-ci: l'affection cérébrale a prédominé au point de vue de la symptomatologie, de telle sorte que l'intoxication typhoïde n'a pu se traduire par des signes très-nets.

Et, cependant, ces trois maladies existaient tellement bien que : 1° les douleurs articulaires ont été constatées comme signes, et qu'à l'autopsie la séreuse du genou droit était rouge, avec un léger exsudat et un épanchement qui renfermait d'assez nombreux leucocytes ; 2° que la fièvre typhoïde à été démontrée à l'autopsie : boursouflement, tuméfaction des plaques de Peyer avec hypertrophie des ganglions mésentériques ; 3° que l'examen histologique de la pie-mère et de la couche grise des circonvolutions nous montre clairement qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite.

Comment donc expliquer cette triade pathologique? Il y a eu coïncidence du rhumatisme avec une fièvre typhoïde, et, de ces deux facteurs, il en est survenu un produit, la méningo-encéphalite. D'une part, qui ne sait combien le rhumatisme

affectionne les séreuses, et, d'autre part, combien la fièvre typhoïde tend à la méningite?

Au lieu d'une cause, la méningite, ici, en a eu deux; elle s'est développée rapidement; mais, grâce aux connexions intimes de la pie-mère avec la substance grise, cette dernière s'est prise et, en dernière analyse, il en est résulté une méningo-encéphalite superficielle, diffuse.

De cette observation, d'après M. Quinquaud, découle encore le fait de pathologie générale suivant : Lorsque deux maladies ont les mêmes déterminations morbides locales et que ces deux affections viennent à se développer chez le même sujet, il en résulte que les localisations se produisent beaucoup plus sûrement que s'il n'y avait qu'une seule maladie.

17° *Alcoolisme chronique avec accès sub-aigu; attaques épileptiformes un an après l'entrée à l'asile; attaque apoplectiforme en dernier lieu; autopsie : hémorrhagies cérébrales; dilatations anévrysmales dans le cerveau; hémorrhagies rétiniennes avec anévrysmes miliaires de la rétine; pachyméningite rachidienne;* par MM. Magnan et Bouchereau. (Séance du 23 janvier 1869.)

Cette observation présente certaines particularités; au point de vue clinique, il faut signaler ce fait que, près d'un an après son entrée dans un asile, on a vu survenir chez un alcoolique chronique, sans nouveaux excès, des attaques épileptiformes.

A l'autopsie, dans des organes différents, mais possédant les mêmes éléments dans leur structure, on a rencontré des lésions offrant le même caractère et procédant de la même façon : d'une part anévrysmes et hémorrhagie; d'autre part pachyméningite et hémorrhagie.

Le malade chez qui toutes ces lésions se sont trouvées réunies était, nous le répétons, atteint d'alcoolisme chronique.

18° *Physiologie de la moelle épinière : effets de la décapitation opérée chez les animaux;* par M. Vulpian. (Même séance.)

M. Vulpian dit que, bien que persuadé par ses expériences anciennes et par celles d'un grand nombre de physiologistes de l'inexactitude de l'interprétation donnée par MM. Marcellin Duval et Ch. Robin, aux faits qu'ils ont observés dans leurs expériences sur des supplicies, il a voulu examiner encore les effets de la décapitation opérée sur les animaux. Or, il a pu voir sur deux chiens adultes, décapités aussi rapidement que possible, que les mouvements réflexes des membres deviennent impossibles au bout de 3 ou 4 minutes, quel que soit le

mode d'excitation employé. Ainsi, chez les chiens adultes, 3 ou 4 minutes après la décapitation, il n'est plus possible de déterminer des actions réflexes. M. Vulpian ajoute que, sur les chiens qu'il a opérés récemment, il s'est assuré que les nerfs des membres ont perdu leur motricité au bout d'une heure, et les racines de ces nerfs au bout de 40 minutes environ. En présence de ces résultats, conformes d'ailleurs à ceux qui ont été obtenus par tous les physiologistes et par lui-même anciennement, M. Vulpian pense qu'il n'y a que deux appréciations à donner relativement aux assertions de MM. Marcellin Duval et Ch. Robin. Ou bien l'interprétation qu'ils ont donnée est inexacte, ou bien il y aurait une différence fondamentale entre l'homme et les mammifères supérieurs, différence telle qu'en l'absence d'irrigation sanguine artérielle, les fonctions de la moelle s'éteindraient en 4 minutes chez les mammifères supérieurs et persisteraient pendant une heure ou une heure trois quarts chez l'homme. M. Vulpian déclare que son choix est fait et qu'il ne peut admettre une différence semblable. Pour lui, les phénomènes observés par MM. Marcellin Duval et Ch. Robin ne seraient point de nature réflexe, mais bien des phénomènes de contraction *idio-musculaire*, nom donné par M. Schiff, à ces mouvements bien connus depuis longtemps de tous ceux qui s'occupent de physiologie expérimentale.

19° *Observation de sclérose en plaques, recueillie à la Salpêtrière* (service de M. Charcot); par M. Joffroy, interne des hôpitaux. (Même séance.)

La première partie de cette observation se trouve consignée dans la thèse de M. Ordenstein (thèse de Paris, 1868, *sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisée*, obs. IV, p. 78), et, l'an dernier, pendant le semestre d'été, M. Charcot a présenté la malade à ses auditeurs, lors de ses leçons cliniques.

Dans ses leçons, M. Charcot distingue plusieurs formes de sclérose en plaques : 1° la forme *spinale* ou *inférieure*; 2° la forme *cérébrale* ou *supérieure*; 3° la forme *cérébro-spinale* où l'on trouve des plaques de sclérose à la fois dans toute l'étendue de l'encéphale et de la moelle, mais qui, généralement, a débuté par l'une ou l'autre des formes précédentes.

Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, M. Charcot diagnostiqua la forme cérébrale, ou plutôt supérieure, car il annonça l'existence de plaques scléreuses dans l'encéphale

et dans la portion cervicale de la moelle, ce qui fut prouvé par l'autopsie. Ce fait prouve que le diagnostic exact de la sclérose en plaques est possible et que cette affection est désormais entrée dans le domaine de la clinique.

20° *Note sur un cas d'embolie de la carotide interne. — Mort presque subite, avec hémiplégie incomplète à gauche ; ischémie cérébrale de presque tout le lobe droit ; embolie obturant tout le calibre de la fin de la carotide interne droite et de ses deux branches ; le caillot est dur, bien formé, arrondi, lisse, non adhérent.* Obs. communiquée à la Société de biologie en novembre 1868 par Henry Liouville.

Cette observation doit être rapprochée des faits analogues où une embolie, assez volumineuse pour suspendre le cours du sang dans une grande étendue du cerveau, a eu pour conséquence une mort rapide.

21° *Méningo-myélite sub-aiguë ; sclérose des cordons latéraux ; contracture des membres inférieurs.* Observation par M. Auguste Voisin. (Séance du 27 février 1869.)

Cette observation a paru à M. Voisin pouvoir présenter quelque intérêt à ce point de vue qu'il a assisté à l'apparition de la contracture, et que, n'ayant pas cessé d'observer la malade jusqu'à sa mort, il a pu savoir, pour ainsi dire, la date de la lésion.

En second lieu, les symptômes et l'anatomie pathologique lui ont paru démontrer que la sclérose est bien primitive, née sur place, et est la conséquence d'une méningo-myélite subaiguë. Les symptômes appartenant à cette dernière affection étaient précisément ceux qu'offrait la malade à son entrée, et ce n'est qu'après trois semaines de séjour dans le service, temps pendant lequel M. Voisin l'a examinée tous les jours, que se sont montrés les phénomènes de contracture qu'il était très-facile de constater et qui ne pouvaient échapper à un examen même superficiel.

En troisième lieu, la sclérose paraît ici, bien évidemment, dépendre d'un processus inflammatoire des méninges spinales et de la moelle, processus datant de deux mois et demi.

Enfin, la lésion de la partie supérieure de la portion dorsale de la moelle appuie singulièrement les opinions de Pourfour du Petit, de Bernard et Schiff, relatives à l'influence du centre cilio-spinal sur les mouvements de la pupille. Cette observation vient s'ajouter à celle d'une atrophie musculaire

progressive que M. Voisin a publiée en 1863 dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et démontre cliniquement ce que les expériences de Cl. Bernard avaient fait voir sur les animaux, à savoir que les altérations profondes de la moelle dorsale à sa partie supérieure, et celles des deux premières racines antérieures dorsales empêchent les pupilles de se dilater sous l'influence des pincements et piqûres exercés sur les membres et le tronc.

22° *Kystes symétriques développés dans les hémisphères cérébraux.* Obs. par M. Joffroy. (Séance du 13 mars 1869.)

Dans une des précédentes séances, M. Joffroy présentait à la Société l'encéphale d'une jeune femme de 21 ans, morte à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot.

Il s'agissait dans ce cas d'une de ces lésions récemment étudiées par M. Cotard, dans sa thèse inaugurale, sous le titre d'*Atrophie partielle du cerveau* (Paris, 1868).

Aujourd'hui. M. Joffroy communique l'observation complète de cette malade, avec tous les détails fournis par l'examen microscopique qu'il a fait de la moelle et des muscles.

23° *Note sur un cas de paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale; sclérose interstitielle diffuse de la moelle et localisations partielles, sous forme d'îlots, de sclérose ou de plaques irrégulières;* par M. Magnan. (Séance du 27 mars 1869.)

L'intérêt capital de cette observation, c'est de montrer de la manière la plus évidente, suivant M. Magnan, le mode de développement et de propagation de l'inflammation chronique interstitielle diffuse des centres nerveux dans la paralysie générale. Examinée au microscope, la moelle se montre malade dans toute son étendue; le tissu interstitiel hypertrophié forme des cloisons épaissies qui emprisonnent les tubes nerveux dans des mailles de plus en plus étroites, dont le resserrement aboutit à la production d'îlots partiels de sclérose. C'est ainsi que la plaque scléreuse trouvée à la région cervicale, plus dense au niveau du cordon latéral droit, envoie de ce point, comme d'un centre, des irradiations qui s'étendent de proche en proche, ne respectant en quelque sorte aucune limite. On voit, en effet, du cordon latéral droit, la lésion gagner en avant le cordon antérieur droit, s'étendre vers la fissure antérieure, dépasser celle-ci, atteindre le cordon antérieur gauche; de plus, en arrière, la corne postérieure droite est elle-même comme engaînée dans une enveloppe de sclé-

rose, et le cordon postéricur se trouve, lui aussi, modifié dans les parties externes, sur les confins de la substance grise. La lésion ne se termine pas brusquement sur les bords; elle offre des lignes dentelées d'où partent, en tous sens, des branches de plus en plus ténues qui s'insinuent à travers les faisceaux de tubes restés libres. Cette disposition rappelle, de tous points, les larges cloisons avec les îlots de sclérose que présente le foie affecté de cirrhose. Dans les deux cas on trouve une lésion s'étendant à tout l'organe avec des localisations plus marquées sur certains points. L'inégale distribution de la lésion sur les différents cordons, son mode irrégulier de propagation, l'absence de toute corrélation entre elle et les lésions situées immédiatement au-dessus ou au-dessous, sont autant de preuves qu'il y a là une lésion diffuse avec des noyaux indépendants distribués sans règle fixe et sans aucune subordination à un système déterminé de fibres. Ce qui se passe ici pour la moelle arrive également pour le cerveau, dans quelques circonstances où il se surajoute à l'encéphalite interstitielle diffuse des altérations plus prononcées sur quelques points.

Dans le cas actuel, les analogies entre les lésions du cerveau et de la moelle ne se bornent pas aux modifications survenues dans les centres nerveux; les méninges elles-mêmes viennent démontrer que l'irritation chronique se propage des enveloppes cérébrales aux méninges médullaires en conservant les mêmes caractères. On trouve, en effet, la surface interne de la dure-mère spinale tapissée par des plaques de fausses membranes, comme la dure-mère cérébrale.

Quoique le même travail morbide (inflammation chronique) ait présidé au développement des altérations dans l'épaisseur des centres nerveux et dans les enveloppes, néanmoins la distribution des diverses localisations ne permet pas d'établir de relations directes entre elles, d'après le siége qu'elles affectent. Si dans quelques cas les méninges semblent pouvoir être mises en cause pour expliquer certaines localisations, le plus souvent les différents noyaux de sclérose, dans les faits de myélite interstitielle diffuse, se produisent indépendamment des membranes. D'ailleurs, dans la plupart des cas, c'est au voisinage de la substance grise et non à la périphérie que prédominent les altérations.

24° *Observation d'atrophie musculaire progressive et de paralysie glosso-labio-laryngée avec atrophie de la langue*; par M. Charcot. (Séance du 10 avril 1869.)

La malade avait de plus une paraplégie avec contracture, sans atrophie des muscles des membres inférieurs. M. Charcot et son interne, M. Joffroy, se sont livrés, à l'occasion de ce fait, à des recherches très-précises sur la moelle.

25° *Mouvements choréiformes, rhytmiques généralisés chez un chien, persistant dans tout le corps après la section de la moelle à la région dorsale*; par M. Carville. (Séance du 1er mai 1869.)

Ce fait doit être rapproché de celui publié par M. Chauveau, qui a vu aussi une chorée rhytmique généralisée chez un chien persister dans le tronc et la tête après la section de la moelle dans l'espace atloïdo-axoïdien et qui a cru pouvoir en tirer la conclusion suivante :

« La chorée n'est qu'une manifestation morbide du pouvoir réflexe de l'axe médullaire. »

26° *Epilepsie consécutive à la section transversale complète de la moelle épinière chez des cochons d'Inde*; par MM. Legros et Onimus. (Séance du 8 mai.)

M. Legros présente, en son nom et celui de M. Onimus, plusieurs cochons d'Inde chez lesquels il a pratiqué une section transversale complète de la moelle épinière vers la fin de la région dorsale. Ces animaux ont des attaques d'épilepsie quand on les irrite, mais la zone habituelle n'est pas capable de déterminer l'attaque; il faut, pour produire cet effet, pincer la partie postérieure du cou ou du dos. Si, au moment de l'accès, on fait passer de la tête au train postérieur de l'animal un courant continu, on fait cesser immédiatement les convulsions. D'autre part, si, pendant que les animaux sont soumis à l'électricité, on cherche à provoquer une attaque, on n'obtient que quelques mouvements convulsifs de peu de durée.

Discussion : MM. Brown-Séquard et Laborde.

27° *Présentation de pièces anatomiques recueillies sur des rats qui présentaient des phénomènes de roulement*; par M. Liouville. (Même séance.)

Chez le premier rat il existait, outre l'abcès du bulbe, des foyers purulents dans les os de la base du crâne. Chez le deuxième, on a trouvé également, outre un abcès cérébral, une suppuration des deux oreilles internes; l'oreille droite

était plus atteinte que l'autre. Dans des faits de ce genre, on doit se demander si les phénomènes observés pendant la vie se rapportent exclusivement à la lésion cérébrale ou à celle de l'oreille interne.

M. Magnan a observé chez l'homme deux faits de gyration, et il s'agissait dans les deux cas d'une tumeur située à la base du crâne.

M. Laborde, d'après les faits qu'il a lus ou observés chez l'homme, pense que les symptômes de tournoiement ou de gyration sont plutôt en rapport avec la tumeur cérébrale qu'avec les lésions de l'oreille, à moins que celles-ci ne portent sur les canaux semi-circulaires.

M. Brown-Séquard rappelle qu'un grand nombre de faits expérimentaux et cliniques démontrent que l'ébranlement du nerf auditif peut facilement produire les phénomènes du roulement ou du tournoiement. Chez l'homme les faits ne sont pas encore très-nombreux. Le duc de Wellington en a offert un exemple bien remarquable. Traité par un charlatan qui lui fit des injections irritantes dans l'oreille, il fut pris à plusieurs reprises d'un tournoiement très-intense.

28° *Recherches sur l'aura épileptique*; par M. Brown-Séquard. (Même séance.)

M. Brown-Séquard a d'abord remarqué que chez les cochons d'Inde rendus épileptiques, il suffit quelquefois de cautériser la zone épileptogène pour guérir l'épilepsie. En coupant, à l'aide d'une longue incision, la plupart des filets nerveux qui se rendent à la peau de cette zone, on ne peut plus provoquer les attaques, du moins pendant un certain temps. Chez les animaux qui ont eu le nerf sciatique coupé, on voit alors disparaître l'ulcération de la patte qui se forme probablement par les frottements dus aux attaques épileptiques. Ces faits expérimentaux, en démontrant ainsi les résultats favorables des plaies et des cautérisations de la zone épileptogène, ont conduit M. Brown-Séquard à faire l'étude des moyens révulsifs divers appliqués chez l'homme sur le point de départ de l'aura. Dans sa pratique privée et dans les consultations qu'il a données en grand nombre à l'hôpital des épileptiques de Londres, il a vu plusieurs fois des moyens révulsifs appliqués sur le siége de l'aura produire des effets très-remarquables.

Chez une jeune fille qui avait plusieurs fois par jour des

attaques d'épilepsie, il suffisait d'un pincement plus ou moins violent, au moment où elle était prise d'accès, pour faire avorter l'attaque.

M. Brown-Séquard admet dans l'épilepsie une irritation qui part de la périphérie et qui provoque une attaque, parce que le centre nerveux où elle se modifie est lui-même irrité d'une certaine façon. Un vésicatoire, une cautérisation, une irritation périphérique quelconque, pour agir sur l'attaque d'épilepsie, doit donc modifier d'une certaine manière la nutrition de l'encéphale, changer à la fois l'état de la périphérie et celui du centre. Cette hypothèse très-importante sera développée plus tard par M. Brown-Séquard avec les détails qu'elle mérite.

29° *Hémiplégie faciale; méningite tuberculeuse; mort; autopsie, tubercules du cerveau*; par M. Lépine, interne des hôpitaux. (Séance du 10 avril 1868.)

TRAVAUX DIVERS.

30° *La caractéristique différentielle de la folie et de la raison*, d'après M. Littré, par M. J. P. Durand (de Gros).

31° *Sur la disposition des fibres nerveuses dans la commissure antérieure du cerveau chez les mammifères et sur sa signification*; par J. Sander. (*Archiv. für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medicine;* analyse par M. le Dr Beaunis.)

Il résulte des recherches de Sander que chez *tous les mammifères* sans exception, la commissure antérieure est construite sur un plan uniforme et représente à la fois une commissure pour les lobes temporaux et pour les lobes olfactifs. Dans les ordres inférieurs, la partie qui se rend aux lobes olfactifs est la plus forte; chez les singes et l'homme, au contraire, c'est celle qui se rend aux lobes temporaux. Il n'y a donc, en réalité, que des différences de volume en rapport avec le développement plus grand du cerveau par rapport aux lobes olfactifs chez les mammifères supérieurs.

En terminant, l'auteur considère la commissure antérieure, non comme une vraie commissure dans le sens littéral du mot, mais plutôt comme une décussation qu'il compare au chiasma des nerfs optiques. Elle réunirait, non pas des parties symétriques comme les deux lobes olfactifs, mais des parties insymétriques comme le lobe temporal d'un côté avec le lobe olfactif du côté opposé.

32° *Sur l'insensibilité de la moelle épinière pour l'excitation électrique*; par H. Engelken. (Extr. du même recueil par M. Beaunis.)

Van Deen, en 1841, était arrivé aux conclusions suivantes sur la sensibilité de la moelle épinière :

1° Les racines postérieures ne prennent pas leur sensibilité de leur union avec la substance postérieure de la moelle.

2° Les cordons postérieurs sont insensibles.

3° On ne peut dire d'aucune partie de la moelle qu'elle soit sensible, ou, en d'autres termes, aucun excitant mécanique localisé ne peut produire, appliqué sur la moelle, de la sensibilité et de la douleur.

4° Aucun excitant mécanique ne peut agir par la moelle sur les nerfs du mouvement, si l'excitation ne s'étend pas aux nerfs moteurs eux-mêmes.

5° La moelle est un conducteur pour les excitants organiques et non pour les irritations mécaniques.

6° Les nerfs du mouvement et du sentiment se terminent dans la moelle et ne vont pas, comme on le croyait, jusqu'au cerveau.

Paul Guttman a répété, en 1866, les expériences de Van Deen, dans le laboratoire de M. Bois-Reymond, et était arrivé aux mêmes résultats.

Engelken, au contraire, dans des recherches entreprises dans le laboratoire et sous la direction de Fich, est arrivé à des conclusions opposées. Il a vu qu'en employant l'excitation électrique, les cordons antérieurs et postérieurs de la moelle étaient aussi bien excitables que les autres fibres nerveuses. D'après lui, l'erreur de Van Deen et P. Guttman est due à ce qu'ils ont employé des courants trop faibles.

33° *Ataxie locomotrice traitée par le phosphure de zinc*; par MM. Moutard-Martin et Gubler. (*Société de thérapeutique*, séance du 1er mai 1868.)

M. Moutard-Martin annonce que depuis la dernière séance il a employé le phosphure de zinc dans deux cas différents.

Le premier est relatif à un malade atteint d'une ataxie portant sur les membres inférieurs seulement. Il prit, le premier jour, des pilules de zinc au moment des repas, et ressentit dans la journée des douleurs d'estomac et des coliques. Le deuxième jour, les effets physiologiques s'aggravèrent encore,

et firent cesser l'emploi du médicament. Après 38 heures, on en tenta de nouveau l'usage à la même dose, nouvelles douleurs d'estomac ; le lendemain on donna encore trois pilules, et les douleurs d'estomac ainsi que les coliques reparaissant, on cessa définitivement son administration, bien que quelques symptômes d'amélioration se fussent manifestés au début du traitement.

La deuxième observation se rapporte à un malade atteint de paralysie progressive : soumis également au phosphure de zinc, les mêmes symptômes d'intolérance ne permirent pas de lui donner deux pilules pendant plus de deux jours.

M. Gubler dit avoir donné le phosphure de zinc dans un cas d'ataxie peu prononcée. Le malade était un grand mangeur ; il n'a éprouvé aucun dérangement des fonctions digestives, à peine a-t-il eu un peu de diarrhée.

Un autre malade, également grand mangeur, prit 4 pilules pendant 20 jours, et il n'eut qu'une selle diarrhéique, toutefois sans réveil du sens génital éteint depuis longtemps.

Les faits réunis jusqu'à ce jour indiquent que le phosphure de zinc est tantôt bien, tantôt mal toléré.

Quelle peut être la cause de cette différence ? Le phosphure de zinc amène-t-il un changement dans les propriétés du suc gastrique ou une modification de la muqueuse ?

M. Gubler a fait des expériences pour éclairer cette question et connaître l'influence du phosphure de zinc sur la digestion : ces expériences semblent démontrer que le sel agit en empêchant la pepsine de dissoudre la viande. On en doit conclure qu'il possède une action différente suivant la quantité de pepsine sécrétée par l'estomac. A des sujets qui produisent peu de suc gastrique, à de petits mangeurs, on ne pourra donner ce médicament sans amener des phénomènes dyspeptiques et la diarrhée ; tandis que de grands mangeurs le supporteront facilement, surtout si on l'administre au moment des repas.

34° *Anatomie pathologique de l'alcoolisme*; par MM. Bouchard et Proust. (N° 11, mars.)

35° *Sur les propriétés générales des centres cérébro-spinaux* par Choumowski. (*Journal militaire de médecine russe*, Analyse par le Dr A. D. Marsicani, de St-Pétersbourg (nos 17, 18, 19 et 20).

« Pour résumer, en général, l'étude importante sur les

centres cérébro-spinaux, telle que l'a présentée le Dr Choumowski, M. Marsicani revient sur les thèses qu'il a mentionnées, notamment : 1° l'irritation d'une partie des centres cérébro-spinaux réprime l'action de tous les autres, de sorte qu'à un moment donné, un seul appareil réflexe exerce seul le rôle de centre général ; les autres ne lui servent que d'organes périphériques.

2° La force de la répression de l'activité est en rapport direct avec la force et la durée de l'excitation.

3° L'irritabilité des appareils réflexes périphériques augmente après la répression, pouvant atteindre un tel point de développement qu'elle amène de longues convulsions.

4° La répression et l'augmentation de l'irritabilité réflexe forment deux actes égaux en force, mais opposés dans leur nature.

5° Les forces vives d'un centre nerveux se développent en raison de sa tension. C'est en augmentant la tension entre les particules nerveuses qu'on dégage la force vive du centre.

6° L'activité des centres cérébro-spinaux est réglée par la loi de la conservation et de la transformation des forces. Cette activité se compose de deux forces équivalentes, la tension et la force vive. Pour définir le caractère de la tension et la nature des forces vives dégagées par le centre nerveux, l'auteur a recours à la force active qui se dégage dans les corps élastiques par le déplacement de leurs atômes. La théorie mathématique nous enseigne que le mouvement moléculaire des corps élastiques dans les limites de leur résistance, se fait dans deux directions dont l'une présente le mouvement progressif et l'autre la rotation des atômes, moyennant laquelle l'axe élastique des atômes est porté dans une position qui correspond aux forces extérieures. C'est la force active, dégagée par ce dernier mouvement, qui joue un rôle important dans la théorie mathématique des corps élastiques, théorie qui est bien une des plus ardues de la mécanique.

L'agent nerveux serait donc identique, selon l'auteur, avec la force active des corps élastiques. Nous ne le suivrons pas, dit en terminant M. Marsicani, dans cette théorie dynamique qui exige la connaissance des hautes mathématiques, ainsi que de la littérature de la mécanique théorique, tels que les ouvrages de Weber, Lamé, Kohlransch et Colnet d'Huarl, etc. L'auteur cherche l'origine de l'agent nerveux des centres cérébro-spinaux dans la théorie mathématique du mouvement

de translation et du mouvement de rotation des atômes. Il indique aussi certains processus chimiques dans les appareils centraux découverts par des recherches histochimiques nouvelles, précieux fragments qui concourent à justifier la théorie du Dr Choumowski qui, quoique à peine ébauchée, exclurait nombre d'hypothèses hétérogènes et souvent contradictoires.

36° *Etude sur la chorée*; par le Dr Eduardo Vechietti; extr. du *Bulletino delle scienze mediche, publicato per cura della Societa medico-chirurgico di Bologna*, par le Dr Faure.

L'auteur résume ainsi son opinion sur la nature et les variétés de la chorée : 1° Pour conserver à la chorée sa place dans la nosologie, pour la diagnostiquer et la traiter d'une manière rationnelle, il est nécessaire de la distinguer en diverses espèces.

2° La distinction qui me semble la plus convenable est celle en *chorée idiopathique*, *chorée symptomatique* et *chorée sympathique*.

3° La *chorée idiopathique* est une simple névrose dans laquelle la sphère psychique est surtout affectée; la *chorée symptomatique* est en rapport avec une lésion anatomique de la moelle, représentée par une congestion sanguine irritative de la portion cervico-dorsale, congestion qui peut, dans quelques cas graves, passer par toutes les phases du travail d'irritation jusqu'à ses dernières conséquences; la *chorée sympathique* est purement une névrose produite par une irritation périphérique entretenue par divers états morbides;

4° Chacune de ces variétés a quelque phénomène particulier qui la caractérise et qui, tantôt se manifeste ouvertement, tantôt doit être recherché par une étude attentive du malade; chacune a une marche particulière et ses terminaisons propres; chacune, enfin, présente des indications thérapeutiques spéciales et demande des remèdes spéciaux. Cependant il est une indication commune à toutes : celle de tempérer l'excitation nerveuse générale qui se rencontre dans tous les cas de chorée.

37° *Description d'un cas de tétanos rhumatismal*; par M. le Dr Vérardini. (*Ibid.*)

Il ne pouvait guère y avoir d'hésitation sur l'étiologie de

l'affection ; le malade était sujet aux douleurs rhumatismales, et la veille, il avait passé toute la journée assis par terre sur un simple coussinet exposé dans une boutique humide à des courants d'air constants. Traitement : diaphorétiques, chaleur, bains chauds, opium et curare. L'état du malade continua néanmoins à empirer et se termina par la mort. Autopsie : injection des méninges, hémorrhagie abondante dans le muscle dsoas-iliaque, dans ceux de la nuque, de la partie supérieure du dos, et rupture de ces mêmes muscles, etc.

L'auteur insiste sur le début de la maladie, sur la marche des symptômes, dans son cas particulier, comme dans la très-grande majorité des cas de tétanos rhumatismal. Ici le tétanos débute par un malaise général, par un sentiment de prostration des forces, par la dysphagie, le trismus, le tiraillement dans les muscles de la nuque, et enfin, l'opisthotonos ; tandis que dans le tétanos traumatique, il en est tout autrement : la maladie débute par quelque phénomène du côté de l'endroit blessé. C'est un point de diagnostic différentiel qui a bien son importance et qui peut influencer le traitement. Il revendique en faveur du professeur Rizzoli (de Bologne), l'honneur d'avoir bien noté ce point. Le professeur Rizzoli l'aurait signalé avant d'autres observateurs allemands ou français ; enfin il termine par des conclusions dont M. Faure détache les suivantes :

Que le médecin ne doit jamais manquer, dans le cas de tétanos, de découvrir complétement son malade et de l'examiner endroit par endroit, afin d'exclure ou d'admettre une étiologie traumatique de l'affection et d'employer, en conséquence, tel ou tel mode de traitement ;

Que le cas clinique qu'il a rapporté doit prendre place parmi les plus significatifs où l'on ait noté des ruptures graves, profondes, nombreuses de muscles puissants, produites par le tétanos ;

Que l'élément fauteur du tétanos est une altération quelconque qui, dans la suite, amène une congestion du cordon rachidien, et de ses enveloppes, congestion qui passe à l'inflammation, ou à la méningite spinale aiguë, et se termine, dans la plupart des cas, par le ramollissement ;

Que le traitement, chez les tétaniques, doit varier selon les causes qui ont déterminé la maladie, comme selon la constitution du malade.

38° *Note sur le pronostic en général, et, en particulier, sur le pronostic du tétanos*; par M. le professeur C. Versari de Forli. (*Ibid.*)

Voici les conclusions de ce travail qui résument bien ses côtés pratiques :

1° S'il est difficile en toute chose d'émettre un présage exact, dans l'art de guérir, la difficulté est infiniment plus grave ;

2° Toutefois il ne manque pas de fondements précis sur lesquels on puisse baser un pronostic, et de là même surgit le devoir de se prononcer sur l'issue des maladies ;

3° Ces fondements reposent sur les commémoratifs, sur l'observation des symptômes, sur l'étiologie et sur la statistique soumise à une critique sévère ;

4° Il convient, selon moi, d'ajouter à ces bases habituelles celles que j'appelle le pronostic de l'anatomie pathologique ;

5° Il me semble convenable de distinguer les espèces de tétanos en tétanos partiel ou général s'accompagnant de pleurosthotonos, d'opisthotonos ; à d'autres points de vue, en tétanos par irritation, tétanos inflammatoire, nerveux, hystérique, thérapeutique, expérimental ; comme aussi en tétanos aigu, sub-aigu, à marche lente ; enfin en tétanos simple, composé ou compliqué ;

6° A toutes ces variétés de tétanos répond en général, un pronostic différentiel ; moins grave au tétanos partiel, au pleurosthotonos, au tétanos par irritation, au tétanos simple, et *à marche lente* ; grave aux autres variétés, surtout quand elles sont aiguës ;

7° Outre la nature de la variété, nous avons dans le tétanos d'autres signes pronostiques particuliers, soit pour le bien, soit pour le mal ;

8° La bonne constitution, la tempérance, la jeunesse, le peu d'intensité et la rareté des accès convulsifs, la régularité et le peu de fréquence du pouls, la démangeaison ou une sensation de fourmillement le long de la colonne vertébrale, la sensation entre les épaules ou le long du dos, de la chute d'un liquide, sont des signes favorables ; quelquefois la production de fièvre ou de sueurs chaudes ;

9° La grande fréquence du pouls dès les premiers jours, l'inégalité et l'irrégularité de ses battements, sont des symptômes fâcheux pour le pronostic. Le très-jeune âge, la vieillesse, le trismus marqué, la dysphagie constante, la tension

presque métallique des muscles abdominaux, l'oppression violente de la respiration, doivent faire craindre une terminaison funeste.

10° Enfin tout espoir s'évanouit avec la durée et l'augmentation d'intensité de ces symptômes, auxquels viennent s'ajouter les aberrations intellectuelles, les sueurs froides et le relâchement rapide de la mâchoire inférieure.

39° *Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique;* par Charles Maurice. (N°s 25, 28, 33, 39, 43 et 47.)

40° *Aphonie et aphasie par le chloroforme; emploi des courants constants*; par le Dr Hofmokl (service du professeur Dumreicher de Vienne), extrait de la revue étrangère du Dr H. Beaunis.

Une femme de 24 ans, parfaitement bien portante, une hystérique, s'étant fait endormir par le chloroforme pour l'extraction d'une dent, se réveilla du sommeil anesthésique complétement aphone et aphasique, état qui persista cinq semaines et diminua ensuite peu à peu sous l'influence des courants constants. Le Dr Hofmokl croit à une apoplexie cérébrale sous l'influence du chloroforme.

41° *Deux faits très-importants d'éclampsie puerpérale;* note par le Dr Cesare Beluzzi. (Extrait du Bulletino delle Scienze Mediche, par le Dr Faure.)

Relation de deux cas intéressants d'éclampsie puerpérale à forme apoplectique où l'emploi de la saignée a été des plus heureux. Dans le premier cas, la femme était jeune, robuste et de tempérament sanguin; mais, dans le second, la femme avait été très-souffrante pendant sa grossesse : elle était rachitique et très-anémiée. Sa peau était d'une pâleur terreuse, elle avait une dyspnée très-intense et présentait une hydropisie générale. Mais, d'autre part, la fréquence et la dureté du pouls, la perte de connaissance et la présence d'autres phénomènes convulsifs, décidèrent M. Belluzzi à employer ce moyen héroïque. Une première saignée fut faite et le lendemain matin le coma persistant, on en fit une seconde. A partir de celle-ci, les accès disparurent. Peu à peu les phénomènes de congestion se dissipèrent; la malade se remit, et la guérison fut complétée au moyen des amers et des ferrugineux.

L'école de Bologne n'admet pas que l'albuminurie constitue

l'essence de la maladie, et elle prône la saignée générale et locale et l'intervention de l'accoucheur, pour vider l'utérus, comme les souverains remèdes contre l'éclampsie puerpérale.

42° *Recherches expérimentales sur l'action physiologique et thérapeutique des composés de potassium et du bromure de potassium en particulier. De l'action physiologique du bromure de potassium sur les organismes supérieurs : mammifères et homme*; par le D_r J. V. Laborde. (N^{os} 39, 42, 45, 49 et 52.)

Dans la première partie de ces recherches (*Archives de physiologie normale et pathologique*, publiées par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, n° de mai-juin 1868, p. 420 à 442), consacrée essentiellement à la détermination, par l'analyse expérimentale, de l'action physiologique du bromure de potassium, M. Laborde a été conduit à cette conclusion capitale : *que le bromure de potassium agit primitivement et électivement sur la propriété excito-motrice de la moelle épinière, en l'atténuant ou en l'abolissant.*

Mais la connaissance de ce fait qui révèle la localisation des effets physiologiques de cette substance ne suffisait pas et pour que les résultats obtenus acquièrent toute leur valeur au point de vue de l'application thérapeutique, il fallait rechercher si ces résultats *concordent* avec ceux que donne l'expérimentation sur les *animaux les plus voisins de l'homme et sur l'homme lui-même.*

« En résumé, dit M. Laborde, chez *l'homme* comme chez les animaux, le bromure de potassium exerce une action *prédominante*, par conséquent *élective*, sur les actes physiologiques dits *réflexes*, quel que soit le siége organique de ces actes.

» Il agit *secondairement* sur les phénomènes auxquels président la *volonté* et *l'intelligence* : toutefois chez *l'homme*, l'influence qu'il a sur ces derniers est plus marquée, plus appréciable que chez les animaux, ce qui se conçoit facilement si l'on songe que, chez l'homme, les actes de l'intelligence et de la volonté sont plus intimement liés et associés aux autres manifestations de l'individu.

» Chez *l'homme*, de même que chez les *animaux*, l'action du bromure de potassium sur l'économie se manifeste par une première période, ou *période d'excitation*, portant essentiellement sur les fonctions dans lesquelles la principale part revient aux actions réflexes (fonctions génésique, de sécrétion,

d'excrétion, etc.) et une seconde période succédant à la précédente, *période de collapsus*, dans laquelle les mêmes fonctions sont modifiées en sens contraire.

» Ces manifestations sont la traduction réelle d'une modification éprouvée par les éléments anatomiques où s'élaborent les *actes réflexes : cellule excito-motrice de la moelle épinière et des centres ganglionnaires du grand sympathique.*

» L'influence *hypnotique* qui n'est que *secondaire* est le résultat de la sédation exercée sur les fonctions indépendantes de la volonté et tributaires du mécanisme réflexe; en agissant sur ces fonctions, le bromure soustrait l'individu aux impressions du monde extérieur, et le prépare ainsi au calme qui convient à l'établissement du sommeil; il ne produit pas directement le sommeil, *il y invite.*

» Cependant cette action secondaire et indirecte sur les centres encéphaliques peut être très-intense, selon les *doses*, et modifier profondément certains actes cérébraux, par exemple la *mémoire*, particulièrement la mémoire des choses prochaines.

» Le mécanisme de l'action du bromure de potassium diffère notablement de celui des autres composés qui, comme lui, agissent également sur les actes réflexes, tels que l'éther, le chloroforme, etc. Ces derniers exercent, avant tout, leur influence sur l'encéphale et les actes fonctionnels; ils frappent tout d'abord l'intelligence, la volonté et la sensibilité, et n'agissent que secondairement sur la moelle épinière; c'est-à-dire qu'ils agissent sur la moelle par l'intermédiaire du cerveau, ainsi que l'a montré M. Cl. Bernard.

» Au contraire, le bromure de potassium agit *primitivement* sur la moelle et consécutivement sur l'encéphale.

» Telle est la localisation organique de l'action physiologique du bromure de potassium, savoir : *les centres d'actions réflexes, principalement la moelle épinière*, et dans ces centres la *cellule excitomotrice*.

» Le bromure de potassium, dit en terminant comme conclusion générale M. Laborde, est avant tout un *modificateur du pouvoir excito-moteur de la moelle épinière*; à cette action primitive, prédominante, sont soumises et surbordonnées toutes les modifications qu'il exerce sur les autres fonctions de l'économie.

» Ajoutons que cette action doit être l'objectif des applications rationnelles de cet agent à la thérapeutique, applications dont nous avons maintenant à nous occuper. »

43o A. *Le chloral, nouveau sédatif pouvant servir d'anesthésique*, (Ext. *the Lancet*, de Londres, par J. F., n° 32.)

« Parmi les nouveautés scientifiques que l'on signale d'Allemagne, se trouve la mention d'un nouveau sédatif, lequel, selon l'auteur de la découverte, le Dr Liebreich, peut servir d'un excellent anesthésique, c'est le chloral, » dont la formule est $c^2cl^3oh > h^2o$. Traitée par un alcali, cette nouvelle substance a la propriété de dégager du chloroforme. Le Dr Liebreich se prévaudrait de l'état alcalin du sang pour administrer le chloral soit par voie hypodermique, soit par la bouche, et obtenir ainsi l'effet du chloroforme. Des expériences faites sur des lapins ont donné les résultats les plus satisfaisants. On a obtenu un sommeil profond et calme qui a duré 8 ou 10 heures. Le chloral paraît présenter un avantage marqué sur le chloroforme et l'opium, en ce sens que les lapins en se réveillant n'ont manifesté aucune des suites qui résultent habituellement de l'administration de ces substances, et qu'ils se sont mis à manger aussitôt leur réveil.

Par suite de l'incertitude ou l'on se trouvait relativement à la dose qu'il fallait employer, des expériences entreprises sur l'homme n'ont pas été suivies, jusqu'à présent, du même succès. Cependant le professeur Langen a pu, dans un cas, faire ressortir les merveilleuses propriétés sédatives du chloral. Il s'agissait d'une femme qui portait une fracture de l'humérus et qui se trouvait dans un accès de *delirium iremens*. Ses mouvements violents menaçaient de convertir la fracture simple en fracture compliquée. On lui avait déjà donné, sans aucun effet, 7 grains d'opium par la bouche et 1 grain de morphine par voie hypodermique. Quelque temps après, en voyant l'inefficacité de ces remèdes, on administra progressivement 4 grains de chloral par la bouche et 2 grains par les téguments. La malade tomba peu à peu dans un profond sommeil qui n'a pas duré moins de 14 heures. En se réveillant, elle ne se plaignit aucunement de mal de tête et prit des aliments avec plaisir.

B. *Action du chloral sur l'économie.* (Ext. de la *Revue hebdomadaire* du Dr F. de Ranse, n° 36.)

Le chloral peut être considéré comme *l'aldéhyde trichlorure*; or l'aldéhyde, l'alcool, l'acide acétique, subissant dans l'économie une oxydation complète, il était permis de penser à

priori qu'il en serait de même du chloral. Mais l'un des produits intermédiaires de cette oxydation est le chloroforme; ce corps résulte en effet de la décomposition du chloral dissous dans un liquide alcalin et doit par conséquent se former quand le chloral arrive au contact du sang. Il était intéressant de vérifier la justesse de cette induction par l'expérimentation physiologique, en cherchant si les effets du chloral sont identiques ou, du moins analogues à ceux du chloroforme. C'est ce qu'a fait M. Liebreich, et les résultats de ses expériences sur les animaux ont répondu affirmativement au but de ses recherches.

De l'expérimentation animale l'auteur est passé aux applications cliniques chez l'homme. Il a d'abord employé une solution aqueuse de chloral en injections sous-cutanées; puis il a administré le médicament en potion ou en solution par la bouche. Les doses ont varié de 1 gr. 50 à 2 gr. 10 d'hydrate de chloral. Dans les trois observations qu'il rapporte (insomnie chez un aliéné, toux et expectoration très-intenses chez un pleurétique, arthrite aiguë extrêmement douloureuse du poignet chez une jeune femme), le médicament a produit en quelques minutes un sommeil calme, paisible de plusieurs heures. Chez la dernière malade on a profité de ce sommeil pour renouveler le bandage appliqué sur l'articulation enflammée, et ce changement, dont la seule idée l'effrayait, tant le moindre attouchement était sensible, ne lui a causé aucune douleur; elle n'en avait aucun souvenir à son réveil.

C. *Action physiologique du chloral*, par M. Demarquay. (*Revue hebd.* de M. de Ranse, n° 38.)

Le contrôle des recherches de M. Liebreich ne s'est pas fait longtemps attendre. M. Demarquay a, lui aussi, entrepris des expériences sur l'action physiologique du chloral, et les résultats qu'il a communiqués à l'Académie des sciences sont loin de confirmer ceux de l'auteur allemand. Il est quelques points seulement sur lesquels les deux expérimentateurs sont d'accord, par exemple la rapidité de la puissance d'action du chloral comme hypnotique et comme agent de la résolution musculaire; le prompt et complet rétablissement des animaux soumis à l'expérience, quelque loin qu'ait été poussée la double action du chloral. Mais sur les autres points, l'opinion de M. Demarquay est en contradiction avec celle de M. Liebreich.

Parti de ce fait supposé, mais non démontré, que le chloral

se décompose au contact du sang et que le chloroforme est un produit de la décomposition, le chimiste allemand a eu pour but, dans ses recherches, de vérifier expérimentalement cette hypothèse, et il a eu dès lors une tendance toute naturelle à assimiler l'action du chloral à celle du cloroforme.

M. Demarquay paraît avoir fait ses expériences dans un autre esprit. Il a simplement cherché, observé, sans se laisser influencer par le désir de confirmer une hypothèse. Les lapins endormis exhalent par leurs narines l'odeur du chloral; il en conclut que cette substance ne se décompose pas dans le sang et qu'elle est éliminée par les voies respiratoires. Il n'y aurait pas dès lors de chloroforme produit, et le chloral agirait par lui-même, non par l'un de ses éléments. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que les animaux endormis par le chloral ne sont pas *anesthésiés*, comme le pense M. Liebreich, mais présentent au contraire une exaltation de la sensibilité. « Le plus petit pincement de la queue, dit M. Demarquay, de l'oreille, des lèvres, provoque chez l'animal des mouvements désordonnés et des cris plaintifs, ce qui n'a point lieu quand on détermine la même exitation sur un animal sain. »

L'action exercée par le chloral sur la circulation n'est pas moins remarquable : il y a concurremment une suractivité extraordinaire de la circulation et un abaissement de la température; plus haut nous avons vu une aotion hyperesthésique se joindre à l'action hypnotique, et s'il fallait, dit M. de Ranse, d'après les expériences précédentes, caractériser d'une manière générale l'action du chloral, on pourrait dire que c'est un *agent de désharmonie*.

D. *Applications thérapeutiques du chloral*, par M. Demarquay. (*Revue hebd.* de M. de Ranse, n° 40.)

Dans une seconde note adressée à l'Académie des sciences, M. Demarquay dit avoir administré à 20 malades cette substance associée au sirop de Tolu. Une cuillerée de sirop contenait 1 gramme de chloral; la dose a varié depuis 1 jusqu'à 5 grammes. L'auteur tire de cette première série d'expériences les conclusions suivantes :

1° Le chloral a une action hypnotique bien marquée, surtout sur les individus faibles et débilités.

2° La durée de son action est en raison directe de cette faiblesse.

3° Le sommeil qu'il provoque est généralement calme et n'est agité que chez les malades en proie à de vives souffrances : cela me porte à le conseiller dans les maladies où l'on désire surtout amener le sommeil et la résolution musculaire.

4° Enfin cet agent peut être donné à une dose assez élevée, puisqu'il ne détermine aucun accident à la dose de 4 à 5 grammes.

E. *Expériences sur le chloral;* note adressée à l'Académie des sciences, par MM. G. Dieulafoy et Krishaber. (*Revue hebd.* de M. de Ranse, n° 44.) — *Expériences sur l'action physiologique du chloral,* note lue à l'Académie de médecine, par MM. Léon Labbé et Goujon. (*Ibid.*)

Voici les conclusions de la note de MM. Dieulafoy et Krishaber :

1° Le chloral excite la sensibilité à faible dose; à doses élevées, il la diminue graduellement jusqu'à l'anesthésie complète.

2° Les animaux anesthésiés passent par un état antérieur d'excitation.

3° Les animaux sur lesquels l'anesthésie est générale et absolue peuvent rester dans cet état plusieurs heures; ils succombent ensuite presque immédiatement.

4° Le sommeil existe avec l'hyperesthésie comme avec l'anesthésie; dans ce dernier cas, la résolution est absolue.

5° Le chloral modifie profondément le nombre et le rythme des mouvements du cœur; il ralentit progressivement les mouvements du diaphragme; la chaleur est notablement abaissée.

6° Les phénomènes provoqués par le chloral sont, en beaucoup de points, différents des phénomènes obtenus par le chloroforme, quoique l'anesthésie soit égale dans ces deux cas.

Dans le même numéro, on lit au compte rendu de l'Académie de médecine, les conclusions du travail de MM. Léon Labbé et Goujon qui confirment quelques-uns des résultats jusqu'à présent connus et en infirment d'autres, en particulier la transformation du chloral en chloroforme dans l'économie, transformation admise par M. Liebreich et combattue par M. Demarquay. Par contre, les deux expérimentateurs se séparent de M. Demarquay en reconnaissant au chloral des propriétés anesthésiques, et de MM. Dieulafoy et Krishaber en

disant que l'anesthésie produite par cet agent n'est nullement précédée d'une période d'excitation, comme à la suite de l'administration du chloroforme.

F. *Le chloral à l'Académie des sciences.* (*Revue hebd.* de M. de Ranse, n° 47.)

Les communications sur le chloral se sont succédé sans interruption à l'Académie des sciences : M. Personne a essayé de démontrer que, conformément à l'opinion émise par Liebreich et adoptée par M. Bouchut, l'hydrate de chloral subit dans le sang une transformation et se dédouble en acide formique et chloroforme. Ce dernier corps se décompose ultérieurement à son tour et donne lieu à du chlorure de sodium et du formiate de soude qui représentent les produits de son élimination.

M. Laborde est sorti de la voie suivie par les nombreux expérimentateurs qui ont fait connaître les résultats de leurs recherches sur le chloral ; il s'est surtout préoccupé des accidents qui peuvent résulter de l'administration de cette substance. A des doses progressives de 1 gramme, 1 gr. 50 et 2 grammes par jour, elle déterminerait, suivant lui, à l'état physiologique, une sensation excessivement douloureuse au creux épigastrique, de très-vives coliques, un état nauséeux et lipothymique, avec sueurs profuses. Ces symptômes se manifesteraient surtout le second et le troisième jour.

G. *Le chloral en Angleterre.* (Chronique, n° 43.)

Pour compléter notre sacrifice à l'idole du jour, suivant l'expression du chroniqueur, nous finirons par les expériences du Dr John Ogle (de Londres) sur l'hydrate de chloral.

Cette substance a eu entre ses mains les effets les plus utiles et les plus satisfaisants comme hypnotique lorsqu'on l'administrait à petites doses. L'effet surtout a été heureux dans un cas de *delirium tremens* où le chloral a procuré un sommeil bienfaisant. Dans un cas seulement il a paru donner quelque malaise aux malades ; il s'agissait d'une femme atteinte de péritonite chronique à qui on donna environ 30 centigr. du médicament et qui se plaignait de sensations désagréables à la tête. La nuit suivante on lui en administra 25 centigrammes seulement avec quelques gouttes d'éther chlorhydrique et il n'y eut aucune sorte de malaise.

44° *Action comparée de l'alcool et de l'absinthe ; attaques convulsives d'épilepsie ; constatation d'une quantité notable de plomb dans le cerveau*, par M. Moutard-Martin. (*Société de thérapeutique*, séances du 19 février et du 19 mars 1869 ; n°s 39 et 44.) — *Phénomènes épileptiformes dus à l'intoxication saturnine seulement*, par MM. Gubler, Oulmont et Buequoy. (Mêmes séances, n°s 39, 40 et 44.)

M. Moutard-Martin était encore sous l'impression des expériences que M. Magnan avait faites à la dernière séance de la Société de thérapeuthique (n° 36), sur l'action comparée de l'alcool et de l'absinthe, lorsque, le 14 février à 10 heures du soir, entra dans son service un homme de 52 ans, qui, le 13 au soir, avait été pris d'attaques d'épilepsie et en avait eu plusieurs autres depuis ce moment. M. Moutard-Martin le vit le 15 au matin et le trouva dans un état comateux qui ne permettait pas d'en tirer une parole. Sa femme lui donna les renseignements suivants :

Son mari, *peintre en bâtiment*, n'ayant plus de travail, s'était présenté à la fabrique de Clichy, où il était occupé depuis près d'un mois, lorsqu'il fut pris d'attaques d'épilepsie le 13 au soir. Jamais il n'avait eu de coliques saturnines ni d'attaques d'épilepsie ; mais cet homme était adonné à l'usage de l'absinthe, prenait chaque jour plusieurs petits verres de cette liqueur pure. Il mourut le 16 au matin dans une dernière attaque.

Le 16, à 10 heures 1/2 du soir, le lit voisin de celui qu'avait occupé le précédent malade fut pris par un homme de 47 ans qui, depuis le matin, atteint d'une violente attaque d'épilepsie, n'avait pas encore repris connaissance. Le 17, au matin, ce malade était dans un état comateux, présentant une coloration générale de la peau, d'une teinte rouge brique, due à ce que cet homme maniait le *minium* dans la fabrique de Clichy. Il avait eu autrefois des coliques de plomb, mais jamais d'attaques d'épilepsie. Comme le précédent, c'était un buveur d'absinthe pure ; après une série d'attaques, il mourut le 17 à 5 heures du matin.

Dans les deux cas l'autopsie a été faite ; on n'a trouvé que de la congestion sanguine des méninges et un piqueté assez prononcé de la substance cérébrale ; les deux cerveaux ont été confiés à M. Adam, pharmacien en chef à l'hôpital Beaujon, pour être analysés. L'un d'eux a été détruit et M. Adam a

reconnu dans l'autre l'existence d'une notable quantité de plomb.

Sans pouvoir dégager ce qui dans les deux cas peut appartenir au plomb et à l'absinthe, M. Moutard-Martin n'est pas éloigné d'attribuer à cette dernière substance une certaine part dans la production des accidents qui ont déterminé la mort rapide des deux malades.

M. Guhler a récemment constaté chez deux malades, un peintre qui est mort et un étameur encore en traitement, des phénomènes épileptiformes très-certainement dus à l'*intoxication saturnine* seulement; car rien ne prouve, surtout pour le second malade, que ces individus soient des alcoolisants.

Il est assez difficile de bien établir les caractères différentiels de l'empoisonnement par l'absinthe ou par le plomb, à cause de ces attaques épileptiformes.

Chez le premier malade, le coma a persisté plus de 24 heures; puis sous l'influence d'une dose de 6 grammes de bromure de potassium, ce malade s'est un peu relevé, puis s'est éteint graduellement.

Le second malade a éprouvé des attaques très-violentes et s'est graduellement rétabli par l'usage du bromure de potassium.

M. Oulmont a dans son service un malade qui, sursaturé par l'absorption de la poussière de minium, présente une coloration de la peau très-caractéristique. Cet homme, malade depuis trois mois, a maintenant des accès d'épilepsie et de délire; sa fin est prochaine.

M. Bucquoy a soumis au traitement de la Charité un malade qui, présentant des symptômes caractérisés d'intoxication saturnine, était sans connaissance depuis 24 heures. Cet homme eut des accès d'épilepsie et du coma. Il éprouva un soulagement immédiat suivi de guérison par l'administration du bromure de potassium à haute dose.

45° *De quelques formes de paralysies dépendant des idées et des sensations*, par le docteur J. Russell Reynolds. (*Association médicale britannique, congrès de Leeds*; ext. des travaux des sections de médecine et de chirurgie, par le Dr John F., n° 47.)

L'objet de l'auteur dans ce mémoire était de faire voir que quelques-uns des troubles les plus graves du système nerveux, tels que la paralysie, les convulsions et d'autres phénomènes,

peuvent dépendre d'un état morbide de l'esprit, sous l'influence de certaines idées et de certaines émotions.

Ces symptômes, d'après le Dr Russell, peuvent exister pendant un temps très-long, résister à toutes sortes de traitements et disparaître complétement en même temps que le fâcheux état d'esprit qui les a fait naître. L'auteur a cité de nombreux exemples de ces faits, dus à une idée dominante ou à une émotion particulière.

Des troubles psychiques peuvent produire des symptômes aigus ou donner une intensité plus grande à des phénomènes morbides déjà existants. La résistance offerte par quelques-uns de ces cas à tout genre de traitement est parfois extrêmement remarquable; d'autres fois le médecin peut réussir à dissiper l'état hypochondriaque et voit immédiatement disparaître des symptômes d'une gravité incontestable. Le médecin ne doit pas considérer légèrement de pareils cas qui peuvent se terminer d'une manière funeste, mais leur accorder toute son attention et les traiter par des moyens moraux en même temps que thérapeutiques et hygiéniques. *Pour cela la pratique nosocomiale lui offre plus de ressources que la pratique civile.*

46° *Du traitement de l'éclampsie puerpérale*; par le Dr Wallace (de Liverpool). (*Ibid.*, n° 46.)

Employer le chloroforme, dilater avec la main l'ouverture de l'utérus, hâter l'accouchement *sans perdre du temps à saigner* et sans laisser s'effectuer les déplorables conséquences de l'urémie sur la mère, comme sur l'enfant : c'est ainsi qu'on peut résumer la pratique conseillée par l'auteur, et qui lui a été extrêmement utile dans six cas où les mères et quatre enfants purent conserver la vie.

On voit que le Dr Wallace ne partage pas les idées des médecins de Bologne sur le traitement de l'éclampsie : ne serait-ce pas le cas de rappeler ici aux médecins anglais et italiens la précaution oratoire célèbre de l'illustre Baglivi : « Sub sole romano scripsi. »

47° *Note sur le traitement de l'hystérie par les inhalations de teinture éthérée de valériane*; par M. le Dr Guillemin. (*Société de thérapeutique*, séance du 21 mai 1869, n° 52.)

L'intention de l'auteur n'est pas d'étudier ici les indications et les contre-indications, ni toutes les applications possibles de l'inhalation pulmonaire; il se propose seulement d'attirer

l'attention sur un des cas où il l'a souvent employée, et *toujours* avec le plus grand succès, c'est-à-dire dans le traitement des attaques d'hystérie par les inhalations de teinture éthérée de valériane.

On ne peut pas plus compter, dit M. Guillemin, sur les lavements de *musc*, de *castoréum* ou d'*asa fœtida* que sur les *aspersions d'eau froide* ou l'administration de l'*éther*; la *valériane*, elle-même administrée par les moyens ordinaires n'a pas plus d'efficacité contre les attaques d'hystérie. Cela ne prouve pas du tout, ainsi qu'il le démontre bientôt par des observations intéressantes, que ces substances soient sans action, mais tout simplement que le mode d'administration en est défectueux.

Se souvenant de la merveilleuse aptitude de la muqueuse pulmonaire pour l'absorption des gaz et des vapeurs, l'idée vint à l'auteur d'administrer la valériane par cette voie comme on le fait pour l'éther; mais il fallait en faire absorber une quantité suffisante, et c'est pour ce motif qu'il résolut de l'employer dans un véhicule très-volatil, dans l'éther lui-même.

« Afin d'engager les praticiens à essayer l'emploi de ce moyen, il est, dit M. Guillemin, une circonstance sur laquelle je dois insister en terminant, c'est la parfaite innocuité des inhalations de teinture éthérée de valériane; jamais je n'ai vu survenir d'accidents, jamais je n'ai observé aucun phénomène de nature à me donner des inquiétudes. Jamais, du reste, je n'ai été obligé de continuer les inhalations pendant un temps assez long pour voir survenir les phénomènes caractéristiques de l'action de l'éther. *Constamment* (je ne saurais trop insister sur ce fait), constamment j'ai vu les inhalations produire les mêmes effets, c'est-à-dire *période d'excitation violente, presque immédiatement suivie du retour de la connaissance et de la cessation des accès hystériques.* »

Voici du reste comment M. Guillemin procède : Il verse sur une compresse 15 à 20 gouttes de teinture de valériane préparée selon la formule du codex et fait respirer la vapeur pendant une minute; cette inhalation à cette même dose, répétée deux fois, a suffi pour amener la réaction qui termine la crise. Les malades ont eu d'abondantes émissions d'urines, n'ont pas eu de pleurs et ont toujours ressenti une très-grande lassitude.

Dr Berger.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal le «Mental science.»

Octobre 1868.

Analyse; par M. le Dr E. Dumesnil.

ARTICLES ORIGINAUX.

1° *Discours du président,* le Dr O. Sankey, à la réunion annuelle de l'Association médico-psychologique (4 août 1868).

2° *Expériences dans le but de déterminer les effets précis du bromure de potassium dans l'épilepsie;* par le Dr S. Clouston.

3° *La distinction envisagée physiologiquement et psychologiquement entre la perception, la mémoire, la sensation et l'intellect;* par le Rév. G. Davies. (Mémoire des plus instructifs, mais qui ne comporte guère d'analyse.)

4° *Considérations en vue de rendre la science médico-mentale d'un plus facile accès pour l'administration de la justice et d'une plus grande efficacité pour prévenir la folie et le crime;* par le Dr T. Laycok.

5° *Sur l'aphasie;* par le Dr F. Bateman (très-remarquable travail traduit *in extenso* dans la *Gazette hebdomadaire*).

6° *Soins et traitement des aliénés indigents aux Etats-Unis;* par le Dr Pliny Earle. (Extrait de « l'*American journal of Insanity*. » Juillet 1868.)

1° Le Dr Sankey ne s'est pas contenté, dans son discours d'installation à la présidence, de remercier ses confrères de l'honneur, si bien mérité du reste, qui lui a été fait; il a abordé plusieurs questions importantes pour la science et la profession médico-psychologiques. Il pense que les efforts de l'Association ne doivent pas se borner à la publication du Journal de la spécialité, et cette opinion lui paraît partagée par plus d'un membre de cette Association. Le cercle doit s'étendre plus loin, la cause des aliénistes et des aliénés doit être portée devant le public; nous vivons trop isolés, presque à l'écart même des autres médecins à qui nous ne pouvons nous adresser pour réclamer leur aide, car ils ne nous comprennent pas. « Ne perdons pas de vue qu'une spécialité n'est qu'une section de la profession médicale, comme la profession est

qu'une section de la nation dans son ensemble. En nous efforçant donc de mettre en pleine lumière beaucoup d'anomalies qui nous portent préjudice, nous travaillons au bien général par une division du travail ; autrement, nous ne formerions plus qu'une espèce de club, où s'agiteront des débats stériles, une espèce do trade's-union ne concernant uniquement que nos intérêts. »

Après avoir énuméré plusieurs des anomalies et des inconvénients qu'on remarque dans la législation anglaise sur les aliénés et dans l'administration proprement dite des asiles, le savant docteur Sankey traite des sujets d'un intérêt plus général. Par exemple, dit-il, « rien n'est plus fâcheux que l'antagonisme qui s'établit parfois entre deux hommes de notre profession dans un cas médico-légal. Le public s'attend, chaque fois qu'une affaire de cette nature se présente devant la cour, qu'il y aura, de part et d'autre, un grand tournoi d'opinions médicales ; et les gens de loi, en effet, ne manquent pas de produire un docteur dans le débat qui vient contrebalancer les opinions d'un autre docteur. N'a-t-on pas dit plaisamment qu'un médecin abordant un jour un avoué qui l'avait requis, lui dit : « Il est heureux que vous vous soyez adressé à » moi, car j'aurais été appelé contre vous.» En admettant même que l'anecdote ait du vrai, il est positif que dans beaucoup de professions tout homme peut être placé dans la même position que ce confrère ; avocat, appréciateur, estimateur, architecte, membre du tribunal, etc., etc., puisque dans toute affaire sujette à contestation un arbitrage est nécessaire, et le pour et le contre doivent être débattus. Dans un cas rapporté par le Dr Walshe, n'a-t-on pas vu douze juges prendre une décision, six dans un sens, six dans un autre, et, chose singulière, les raisons alléguées par ceux-ci pour arriver à leur conclusion étaient exactement celles alléguées par ceux-là pour arriver à la conclusion contraire. »

« Il nous serait donc bien facile, ajoute le Dr Sankey, de ne pas trop nous émouvoir de plaisanteries auxquelles tant d'autres prêtent le flanc. Je pense néanmoins qu'il est un point sur lequel, avec tout arbitre capable, nous devrions réclamer une amélioration dans la pratique des tribunaux. Il faudrait, à mon avis, qu'il fût accordé que tout expert compétent, appelé à émettre sa manière de voir sur des faits qui lui sont soumis, fût exempté d'un interrogatoire contradictoire. Et de fait, un expert habile sur une question quelconque donne

simplement son opinion. Or, il est arrivé à sa conviction par des procédés très-complexes : comparaison lente et attentive d'une infinité de détails, détails qui exigent eux-mêmes d'être pesés et estimés avec le plus grand soin, ce qui nécessite des semaines, peut-être de longs mois de travail mental; n'est-il pas à peu près certain, en effet, que la somme de l'expérience antérieure d'un individu se fait sentir dans chacun des jugements qui lui sont propres. Comment veut-on qu'un témoin puisse exposer avec exactitude la chaîne entière des raisonnements et la valeur qu'il attribue à chaque *item* dans les limites d'une réponse à une courte question et à un rapide interrogatoire *fait contradictoirement?* Il est bien reconnu que ce procédé n'est qu'une duperie, qu'il ne peut faire jaillir la vérité, qu'il ne sert souvent qu'à la confondre! »

Le Dr Sankey note ensuite que la définition de la folie et de ses diverses formes, consacrée par la loi, est incontestablement en désaccord avec les résultats de la pratique. L'existence ou la non-existence de la monomanie, ce qu'on entend par ce terme, et la relation de cette espèce avec la médecine légale sont encore d'autres questions qu'il souhaiterait que l'Association tentât d'élucider. Bien d'autres points d'incertitude, de divergence d'opinions seraient à débattre. Une lacune des plus regrettables est celle de l'enseignement officiel, dans les écoles, de l'aliénation mentale. En vain, le docteur Maudsley saisit l'opportunité, il y a quelques années, d'attirer sur cet objet l'attention du conseil supérieur de l'Université de Londres. En vain quelques mesures furent prises en conséquence; les résultats obtenus ont été presque insignifiants, eu égard à la masse des élèves en médecine. Le docteur Sankey combat ensuite les arguments de ceux qui ne sont pas partisans de l'introduction de l'étude de la médecine psychologique dans le programme des cours, et je regrette de ne pouvoir reproduire ici les excellentes raisons qu'il émet. Du reste, notre savant confrère, connu entre autres travaux par ses belles recherches microscopiques sur les altérations du cerveau dans la folie et particulièrement dans la paralysie générale, a prêché d'exemple depuis longtemps. Il professe avec le plus grand succès au collége de l'Université de Londres, et ses leçons sur les maladies mentales ont été publiées il y a cinq ans. Il serait à souhaiter que cet excellent ouvrage fût traduit en français, et je pense que ce serait chose faite à cette heure, s'il n'avait déjà été question d'une seconde édition préparée par l'auteur.

2° Le docteur Clouston a conduit avec une intelligence et une patience rares les plus minutieuses expériences pour déterminer les effets du bromure de potassium dans l'épilepsie. Les considérations qui servent d'introduction à ce travail sont dignes d'un sérieux intérêt et tendent à démontrer que le scepticisme d'un grand nombre de praticiens à l'égard des médicaments et de leur effet thérapeutique, tient à ce que les observations ne sont pas faites dans des conditions satisfaisantes, et, notamment, sur une assez grande échelle. Il prend pour exemple les médicaments sédatifs et demande s'il est un praticien qui puisse nettement poser des règles en vertu desquelles il soit établi si l'opium, l'acide cyanhydrique, le chanvre indien, ou le bromure de potassium est le meilleur ingrédient à administrer dans tel ou tel cas.

Voici les conclusions de ce très-remarquable mémoire que l'on consultera avec le plus grand fruit.

1° Vingt-neuf épileptiques, atteints depuis longtemps, ayant tous le même régime et placés dans les mêmes conditions, ont été soumis méthodiquement au traitement par le bromure de potassium, après que leurs conditions normales quant aux attaques, au poids, à la température, à la santé générale et à l'état mental, eurent été bien constatées et parfaitement notées. Je leur administrai graduellement le médicament à doses croissantes, jusqu'à cinquante grains, trois fois par jour (en tout 150 grains). Le traitement fut continué pendant trente-huit semaines, et chaque particularité concernant la maladie elle-même et l'état somatique et mental fut enregistrée chaque semaine.

2° Le nombre total des crises tomba graduellement, sous l'influence du sel, à un sixième de leur quantité moyenne constatée avant la médication.

3° Les attaques survenant pendant le jour furent diminuées d'un douzième environ, et celles de la nuit réduites à un tiers de leur nombre normal.

4° La réduction ne fut pas uniforme dans tous les cas. Une fois, elle fut de 24 p. 100; dans la moitié des observations, de plus de 100 p. 100; dans cinq cas, il n'y en eut aucune (1).

5° Dans le quart des cas, les crises furent beaucoup moins

(1) Sept malades qui auraient donné un total de 1495 attaques en 36 semaines, n'en ont eu que 74 lorsqu'ils ont pris le bromure.

graves; parfois la diminution de l'intensité n'a pas coïncidé avec une diminution dans la fréquence.

6° Une fois sur quatre, l'état mental des malades fut très-notablement amendé. L excitation nerveuse et mentale et la tendance aux violences soudaines furent étonnamment diminuées alors; il s'agit ici des malades les plus fâcheux sous ce rapport. Les attaques de manie épileptique furent plus rares. Quelquefois l'état mental fut amélioré, quoique les crises nerveuses restassent aussi fréquentes qu'auparavant.

7° La majorité des épileptiques gagna considérablement en poids lorsque les doses restèrent au-dessous de trente-cinq grains, trois fois par jour. Leur poids total fut plus grand à la fin de la trente-huitième semaine qu'il n'avait été au début, quoiqu'il eût commencé à tomber après que la dose de trente-cinq grains eut été dépassée.

8° La température baissa quelque peu jusqu'à ce que la quantité eût atteint cinquante grains, trois fois par jour.

9° Le pouls baissa graduellement d'environ sept pulsations tant que la dose ne dépassa pas quarante grains. Au-desssus, il remonta, mais cependant n'atteignit pas le chiffre des battements ordinaires en l'absence de l'usage du médicament.

10° Aucun des malades, à l'exception de cinq, ne souffrait dans sa santé générale. Tous les autres, si ce n'est un, se trouvèrent mieux, d'une manière ou d'une autre.

11° Les effets fâcheux causés par le bromure de potassium, dans les cinq cas précités, consistèrent en torpeur de l'esprit et du corps, assoupissement, augmentation de la température, diminution de poids, perte d'appétit; et pour trois d'entre eux, une légère pneumonie double.

12° Les cas où le médicament a le mieux agi ont été très-variables quant à la cause, au nombre, au caractère des crises, à l'âge et à beaucoup d'autres égards. Somme toute, les cas où les attaques étaient les plus nombreuses ont le plus bénéficié.

13° Les malades chez lesquels la médication a produit de mauvais effets étaient tous sujets à des crises depuis l'enfance, ils étaient tous en démence prononcée et avaient plus d'une attaque par semaine, mais sous d'autres rapports, ne semblaient avoir rien autre chose de commun.

14° La diminution des attaques et tous les autres bons effets du traitement atteignirent leur maximum chez les adultes à trente grains, trois fois par jour; les effets fâcheux se dé-

clarèrent lorsqu'on eut atteint la dose de trente-cinq grains, trois fois par jour.

15° Vingt fois (sur 29), il n'y a pas eu apparence d'accidents fâcheux, quoique la dose ait été de cinquante grains, trois fois par jour et cela pendant des semaines.

16° Quand le médicament a été entièrement discontinué, pour tous les malades, la moyenne des crises a augmenté dans cinq des cas qui avaient été améliorés, en atteignant ou dépassant en quatre semaines leur nombre primitif; treize fois elles restèrent considérablement inférieures à ce nombre primitif. La moyenne totale, pendant ce temps, dépassa tant soit peu la moitié du nombre de crises observées avant l'administration du sel, et la plus grande quantité de crises survint dans la seconde semaine après la suspension du médicament.

4° Les indications médico-légales contenues dans le travail du Dr Laycock s'appliquent presque aussi bien à la législation française qu'à la législation anglaise. Ces pages qu'il faudrait ici reproduire en entier, se résument ainsi : nécessité de la formation d'une commission royale pour examiner les différentes questions fort importantes qui viennent d'être soulevées, et arriver à constater : 1° que l'état présent de la jurisprudence concernant les personnes mentalement incapables et irresponsables, est en tout point défectueux ; 2° que les défauts existants ne sont pas tant dus à des vices et à des erreurs dans les principes fondamentaux de la loi ou de la médecine, qu'à des erreurs et à des vices dans l'interprétation de ces principes, partie à cause de leur caractère suranné, partie à cause des altérations de la loi ; 3° que les doctrines posées en 1843 par douze juges anglais sont de ce caractère, et sont conséquemment hors de rapport avec l'état présent de la science médicale et de l'expérience ; 4° que quoique la science médico-mentale soit encore imparfaite, elle a progressé si rapidement, concurremment avec d'autres sciences, durant ces cinquante dernières années, qu'elle est largement suffisante non-seulement pour une meilleure application de la justice, mais encore pour la prophylaxie de la folie et des crimes.

6° Le Dr Pliny Earle résume, dans son travail d'une douzaine de pages, tout ce qui a été dit sur les divers modes d'assistance à donner aux aliénés indigents et sur celui qu'il est préférable d'adopter. Cette question n'est pas moins pressante aux États-Unis qu'en Europe, puisqu'il y a lieu de pourvoir aux besoins

d'une population de trente-cinq mille aliénés non renfermés dans les hôpitaux; il faut absolument trouver la solution du problème.

L'auteur est très-opposé au système de la colonie de Gheel; il l'a visitée en 1849, il y a vu, de ses propres yeux vu, des choses déplorables; il aime à croire que depuis cette époque des changements favorables y ont été introduits; mais la plus notable amélioration consiste, en définitive, dit-il, dans l'érection d'un asile central, amélioration qui n'a rien de commun avec la méthode de *colonisation* ou de *dissémination*, mais qui est au contraire en harmonie avec celle de l'*agrégation* ou *concentration*. Le Dr Earle n'admet pas la séparation des aliénés en curables et incurables. L'établissement qui lui paraît préférable serait celui qui contiendrait de deux cents à deux cent-cinquante malades, mais il reconnaît que les raisons d'économie qui malheureusement ont une voix prépondérante au chapitre quand s'agitent même les questions d'humanité, ne permettent guère de s'arrêter à cette combinaison. On peut donc étendre ces groupes jusqu'au chiffre de cinq cents malades, sous la direction d'un médecin directeur, qui, ayant du zèle et de l'expérience, et étant bien secondé et bien compris, ne restera pas au-dessous de sa tâche. L'annexion d'une ferme à l'asile est indispensable; à cet égard on peut s'inspirer de la bonne organisation instituée à Clermont par MM. Labitte; toutefois, selon lui, le plan est trop vaste, les constructions agricoles ne sont pas assez rapprochées des bâtiments nosocomiaux proprement dits. S'il m'était permis de citer un autre établissement que celui dont parle l'auteur, je dirais qu'à Quatre-Mares les annexes de la ferme, bâtis depuis trois ans, répondent exactement à son plan et à ses propositions.

En ce qui concerne les incurables tranquilles, ils ne sauraient être mieux que dans leur propre domicile : il faut donc les y laisser; pour ceux qui n'en ont pas, mais dont la maladie ne réclame pas réellement l'isolement dans un hôpital, ils pourraient être tout aussi bien placés, comme pensionnaires, dans les familles, à la campagne. De plus le Dr P. Earle croit que quelques-uns des individus internés dans les asiles pourraient sans danger être mis dans ces conditions, sans inconvénient pour eux-mêmes, et, qui plus est, dans quelques cas, pour leur plus grande satisfaction.

En admettant que réellement nos asiles contiennent un certain nombre de ces aliénés inoffensifs, et que ceux qui sont

libres et sans parents pour en prendre soin, doivent être secourus de la manière qui vient d'être indiquée, il resterait à savoir quels seraient les moyens à employer pour organiser un système *familial* satisfaisant. Or, le travail de notre confrère n'est pour ainsi dire qu'une critique fondée de ce système et ne contient pas de données pour résoudre ce grave problème.

Les notes trimestrielles contiennent quelques réflexions sur l'insuffisance du traitement des médecins-adjoints des asiles, en Angleterre. Une position plus avantageuse permettrait de faire d'excellents choix; en un mot « leur cœur et leurs intérêts étant attachés à leur office, leurs talents étant aussi bons que leur éducation, le *moral* de toute la corporation deviendrait infiniment meilleur, et les *sérieux désagréments* qui se sont si fréquemment produits auraient enfin un terme. » Ce sujet a déja été traité dans le *Mental science* du mois d'octobre 1867, et par le professeur Laycock dans le numéro de janvier 1868.

Suivent : 1° La citation d'ordonnances concernant le soin et le traitement des insensés indigents dans les workhouses, le transfèrement des idiots pauvres dans les asiles pour les idiots, maintenus aux frais du comté ou à l'aide de souscriptions publiques; 2° La description du système du R. H. Moule pour la désinfection des lieux d'aisance par la terre desséchée; cette méthode donne les meilleurs résultats et devrait être mise en usage, là surtout où l'eau fait défaut; 3° Enfin, le résumé d'une sérieuse discussion soulevée dans le conseil municipal de la ville de Derby dans la séance du deuxième trimestre de 1868. Il s'agissait du projet de l'établissement d'un asile d'aliénés pour le bourg. Un des conseillers, M. Pool, demanda : « comment il se faisait qu'il y avait maintenant plus d'aliénés qu'autrefois. Il inclinait fortement à penser que ce fait tenait aux bons soins qu'ils recevaient : selon lui, la méthode préférable de traitement serait de les soigner par le fouet! Il n'avançait nullement cela par plaisanterie, il savait ce qu'il disait; oui, un bon fouet serait la meilleure chose. Avec le mode actuel de traitement on était à peu près certain d'avoir toujours une bonne provision d'aliénés. » Ces étranges paroles ont été dignement relevées par un des collègues de M. Pool, M. Haslem.

La partie de ce numéro intitulée : « Revue, » rend compte d'un nouveau journal de thérapeutique, le « *Practitioner.* » Deux articles sont analysés, l'un du Dr R. Reynolds sur l'usage

du bromure de potassium, l'autre du Dr Anstie sur les injections médicamenteuses hypodermiques.

1° Les faits qui m'appartiennent, dit le Dr Reynolds, démontrent que l'action du bromure de potassium dans l'épilepsie est réellement remarquable et favorable. Ces cas ne sont nullement rares ou exceptionnels, et sont de nature à dissiper tous les doutes qui pourraient exister dans l'esprit de quelques personnes qui n'ont pas observé l'effet de ce remède sur un nombre suffisant d'épileptiques. En un mot, dans la grande majorité des cas, le bromure de potassium rend des services signalés dans le traitement de l'épilepsie; il en guérit positivement beaucoup, et il manque rarement de diminuer d'une manière notable le nombre des attaques chez les malades qu'il ne guérit pas. Semblable à plusieurs autres modes de médication (non-seulement dans cette terrible affection, mais encore dans tant d'autres), il est surtout efficace dans les cas récents. Mais ainsi que je l'ai démontré par des exemples, il ne manque pas de rendre des services dans ceux qui datent de loin, et, sans nul doute, il est aussi utile dans les cas où les attaques sont fréquentes et sévères que dans ceux où elles sont rares et d'un caractère moins grave. Chez quelques malades, l'influence avantageuse est nulle; mais c'est dans une minorité extrêmement faible; et, dans l'état actuel d'incertitude sur la pathologie exacte du large groupe de maladies désignées sous le terme « d'épilepsie, » de telles exceptions ne sont pas de nature à décrier la réputation d'un médicament si avantageux, mais doivent plutôt stimuler à rechercher la cause de leur dissemblance avec les types les plus ordinaires de l'affection.

L'efficacité a été surtout prononcée lorsque les attaques appartenaient exclusivement ou principalement au type le plus grave, *le haut mal*, lorsque les crises se montraient à des intervalles plus rapprochés, et lorsqu'elles avaient surtout lieu pendant le jour. Tandis qu'au contraire les cas qui n'ont pas été modifiés ont été marqués par la prédominance de crises légères ou avortées, *le petit mal*, ou dont les accidents plus graves avaient lieu à de grands intervalles, ou ne se montraient que pendant la nuit.

Dans la manie aiguë, alors surtout que la tête est très-chaude et la conjonctive très-rouge, j'ai vu maintes fois un sommeil réparateur suivre l'administration d'une large dose de bromure de potassium. Le malade n'est pas guéri de sa manie lorsqu'il s'éveille, mais il est plus calme et moins épuisé, et après quel-

ques jours de cette médication, il est quelquefois dans un état satisfaisant. Dans d'autres circonstances, néanmoins, l'effet a été nul. Dans l'insomnie accompagnant la mélancolie, ce médicament s'est montré, d'après mon expérience, plus nuisible qu'utile. Il a visiblement aggravé le sentiment d'angoisse. Il n'en a pas toujours été ainsi pourtant dans tous les cas. Mêmes remarques pour l'hypocondrie. En tout cas, ce n'est dans ces deux affections qu'un palliatif des symptômes, mais n'oublions pas que l'enrayement des symptômes dans ce dernier cas, l'hypocondrie, est presque l'équivalent de guérison.

Dans *l'alcoolisme aigu* avec *insomnie*, le résultat est très-souvent excellent. Fréquemment le calme que l'opium n'a pu déterminer se produit alors, et aucun effet nuisible n'a lieu pour les sécrétions ou les excrétions. »

2° Les avantages de la morphine, par la méthode hypodermique sur l'opium par les voies digestives, sont tels, dit le Dr Anstie, qu'il est impossible de s'en faire une idée *à priori*. Par exemple, on ne saurait soupçonner la permanence infiniment plus grande de son action contre la souffrance nerveuse (nerve-pain); action qui a complétement inauguré une ère nouvelle dans la thérapeutique des névralgies graves. Là où tout a échoué, le succès est entier avec trois ou quatre injections d'un sixième de grain chacune. Un nombre considérable de cas cèdent après une semaine ou une dizaine de jours de ces injections, répétées deux fois en vingt-quatre heures. Le tic facial épileptiforme, si invétéré et incurable, peut lui-même être tellement amélioré, que l'existence, au lieu d'être un fardeau affreux et intolérable, est rendue au moins calme et supportable. De plus, quand il faut employer le médicament pendant une longue période, l'augmentation des doses ne doit pas être aussi rapide que par le mode d'absorption stomacale. Enfin, les vertus « antiphlogistiques » attribuées à l'opium, seraient certainement rendues palpables, ou jamais, par les effets de la morphine en injections hypodermiques, dans l'imminence des péricardites, des pleurésies, etc., etc.

En ce qui concerne l'atropine, elle est un peu moins fréquemment tolérée que la morphine (à doses suffisantes pour enlever la douleur). Mais il est très-intéressant de constater que les sujets qui n'ont pu tolérer la morphine, se trouvent souvent bien de l'atropine, *et vice versa*; et dans le cas de tolérance de l'un et l'autre agent, nous voyons parfois la morphine, parfois l'atropine (celle-ci plus souvent que l'autre), produire un effet

permanent. Dans deux cas où les choses se passèrent ainsi (névralgies intenses avec zona) la morphine échoua ; dans le second fait, elle occasionna même chaque fois des symptômes toxiques fort incommodes, tandis que l'atropine eut les plus heureuses conséquences à la dose d'un soixantième ou d'un centième de grain. J'ai également retiré le meilleur profit de l'atropine dans un cas d'asthme spasmodique où l'opium ne pouvait être supporté d'aucune façon; et, par contre, j'ai vu dernièrement une sciatique, chez une jeune personne, où la morphine a fait merveille, l'atropine ne pouvant être supportée même à la dose d'un centième de grain.

JOURNAUX ALLEMANDS

Correspondenz-Blatte fur Psychiatrie.

Année 1865 (1).

JANVIER. 1° *De l'hérédité dans l'aliénation mentale.*

2° *Du bromure de potassium comme nervin.*

FÉVRIER. 1° *Communications statistiques sur la chorée*, par le Dr Franque.

2° *Rapport annuel sur l'asile de Hayna, de la Hesse Electorale*, par le Dr Amelung.

MARS. 1° *Un cas de suicide dont le motif a été un rétrécissement de tout le colon*, par le Dr Otto.

2° *Revue des établissements d'aliénés en Amérique* (suite du n° de Mai), par le Dr Franque.

AVRIL. 1° *Folie à base d'idées d'ensorcellement*, par le Dr Puchsstein.

2° *Rapport annuel sur les établissements publics et privés du district de Cologne*, par le Dr Eulenberg.

MAI. *Contraction tétanique des muscles du cou, et mort apoplectique par suite de troubles dans les viscères abdominaux*, par le Dr S. B. Schmitt.

JUIN. 1° *De l'aphémie*, par le Dr Eulenberg.

2° *Rapport sur l'asile de Rudolstadt pour l'année 1864*, par le Dr Franque.

JUILLET. 1° *De la durée moyenne de la vie chez les aliénés*, par le Dr Otto.

(1) Voy. *Annales médico-psychologiques*, 1867, t. IX, p. 322.

2° *Les asiles d'aliénés dans les comtés anglais en* 1864, par Franque.

Aout. *De la perte de la parole dans les maladies du cerveau*, par le Dr Banks.

Septembre. *Les névroses chroniques produites par le tabac*, par la Rédaction.

Octobre. *Paraplégies épidémiques chez les jeunes filles de l'asile d'Ajuda à Lisbonne*, par le Dr Ullersperger.

Novembre. 1° *Une visite à la colonie d'aliénés de Einum* (Hanovre), par le Dr Erlenmeyer.

2° *Rapports des commissions des aliénés pour l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande*, par le Dr Franque.

Décembre. 1° *Visite à la colonie de Einum* (suite).

2° *Rapport sur les asiles de la province de Cologne pour* 1864, par le Dr Eulenberg (suite en Février 1866).

1866.

Janvier. *L'angine de poitrine*, par le Dr Landois.

Février. *Notices sur les phrénopathies en Orient*, par le Dr Ullersperger.

Avril. *Névralgie abdominale avec tuméfaction périodique de la rate*, par le Dr Genth, à Schvalbach.

Mai. 1° *Des rapports anormaux de l'âme et du corps*, par le Dr Ullersperger.

2° *Asiles américains*, par Franque.

Juillet. 1° *Cas de thrombose des artères cérébrales avec foyer athéromateux dans l'artère vertébrale droite*, par le Dr Otto.

2° *De l'urine des aliénés*, par Franque.

Aout. 1° *Rapport annuel sur l'asile des crétins de Ecksberg en Bavière*, 1864-1865, par le Dr Medicus.

2° *Un cas de folie intermittente*, par le Dr Schmitt.

3° *Mouvement des malades dans l'asile provinciat de Styrie en* 1863, par le Dr Lang.

Septembre. 1° *Rapport sur l'asile de Rudolstadt pour* 1865, par le Dr Otto.

2° *Suicide par un coup de pistolet sans aucune lésion extérieure*, par le Dr Hiltermann.

Octobre. 1° *La folie n'exclut pas la simple faiblesse intellectuelle*, par la Rédaction.

2° *Asiles de la province de Cologne; rapports*, par le Dr Eulenberg.

NOVEMBRE. *Recherches sur les propriétés narcotiques et anesthésiques de la narcéine*, par le Dr Erlenmeyer.

1867.

JANVIER. 1° *Programme de la colonie d'aliénés de la Basse-Autriche*, par le Dr Czermak.

2° *Asiles des comtés anglais dans l'année* 1864, par Franque.

FÉVRIER. 1° *Un cas de tumeur du cervelet*, d'après Bitot, par le Dr Franque.

2° *Rapport pour* 1865 *sur l'asile de Wehnen*, par le Dr Kelp.

MARS. 1° *Remarques sur l'aphasie*, par le Dr Busch.

2° *Asiles américains*, par Franque.

AVRIL. 1° *Monomanie primaire* (Primärer Wahnsinn), par le Dr Kelp.

2° *Remarques sur l'aphasie* (suite), par le Dr Busch.

3° *Asiles américains*, par le Dr Franque.

MAI. 1° *Troubles intellectuels chez les hystériques*, par le Dr Franque.

2° *Bonbons au haschisch en Amérique*, par le Dr Ullersperger.

JUIN. 1° *Contributions à l'histoire des maladies du système nerveux*, par le Dr Ullersperger.

2° *Rapport pour* 1866 *sur l'asile de Rudolstadt*, par le Dr Otto.

JUILLET. *Un cas d'épilepsie ayant pour cause une tumeur perlée, et considérations sur l'effet du bromure de potassium*, par le Dr Driebein.

SEPTEMBRE. 1° *Lettres psychiatriques de France.*

2° *Rapport sur l'asile de Wehnen*, par le Dr Kelp.

OCTOBRE. 1° *Contributions pour servir à l'histoire des rapports de la psychologie à l'anthropologie pendant et après le XIIIe siècle*, par le Dr Ullersperger.

2° *De l'effet du bromure de potassium sur le système nerveux*, par Erlenmeyer.

NOVEMBRE. 1° *Quelques observations sur la nature et le traitement de l'idiotie*, par le Dr Jacobi.

2° *Rapport sur la colonie pour les cas récents d'aliénation à Bendorf*, par Erlenmeyer.

1868.

JANVIER. *Communications statistiques sur l'aliénation mentale en France*, par le Dr Franque.

FÉVRIER. 1° *Cas divers de névroses*, tirés de journaux espagnols, par le Dr Ullersperger.

2° *Rapport annuel sur les établissements publics et privés de la province de Cologne en* 1866, par le Dr Eulenberg.

Mars. 1° *Aliénation et empoisonnement par la neurine*, par la Rédaction.

On sait que parmi les éléments chimiques du système nerveux, la chimie a constaté la présence de la neurine qui serait un produit de décomposition à éliminer par la métamorphose organique, ainsi que cela a lieu pour l'acide carbonique, l'urée, la bile, etc. Or l'auteur pense qu'on accorde actuellement une attention trop exclusive à l'anatomie du système nerveux, et qu'on néglige bien à tort l'étude des phénomènes chimiques qui s'y passent. Il se demande si des anomalies et des perturbations dans ces phénomènes ne pourraient pas être la cause de troubles nerveux inexpliqués jusqu'ici? La neurine par exemple, dans le cas où elle ne serait pas suffisamment éliminée, ne jouerait-elle pas un rôle analogue à celui de l'urée, de l'acide carbonique, etc.? C'est peut-être là une question grosse d'avenir.

2° *Etablissements américains*, par le Dr Franque.

Avril. *Communications cliniques*, par le Dr Otto.

1° *Fibrosarkom de la dure-mère*. La cause de ce néoplasme paraît avoir été une chute sur la tête, suivie bientôt après de troubles intellectuels de plus en plus prononcés. 2° *Paralysis agitans*. Cause anatomique : ramollissement du pont de Varole, des pédoncules cérébaux, du fornix et du corps strié. 3° *Angine de poitrine*; cause anatomique : dégénérescence graisseuse du cœur. 4° Cas de *manie*, alternant avec des périodes de coma, et suivie de guérison. 5° Trois *cas de mélancolie* (deux actives et une passive) guéris par l'emploi du bromure de potassium.

3° *Des cavités pathologiques dans les hémisphères cérébraux*, par le Dr Schramm.

Les causes de ces « cavernes » déjà si bien décrites par Morgagni sont l'apoplexie hémorrhagique, le ramollissement et les abcès. Schramm en rapporte un nouveau cas dans lequel le contenu de la cavité était une masse liquide et jaune analogue à de la bile, mais en quantité relativement petite de sorte que la plus grande partie de la caverne était absolument vide.

Dr Chatelain.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1869. (Suite et fin.)

Par M. le Dr Hildenbrand.

6° *Sur la signification pronostique de la prédisposition héréditaire dans la folie*; Dr Krafft-Ebing.

L'influence héréditaire intervient-elle comme un élément favorable dans le pronostic de la folie? Les uns disent oui (*Grainger-Stewart*, *Hood*), les autres disent non. A vrai dire, l'élément *hérédité* agit, suivant les cas, avec une puissance fort inégale : Ici, il se borne à créer une plus grande vulnérabilité de l'organisme, une résistance moindre aux influences morbides (*prédisposition héréditaire simple*); là il se fait sentir *ab ovo* sur l'organisation cérébrale pour y déterminer un développement pathologique graduel (*hérédité constitutionnelle*), de sorte que la folie apparaît alors comme l'anneau terminal de la chaîne psychopathique.

Il semble donc que, avant de se prononcer sur la question, il y ait lieu de distinguer les cas. Mais sur quelle base, en allant du simple au composé, du moins au plus de contamination, établirons-nous des catégories dans la phrénopathie héréditaire, et par là même, des degrés dans la gravité du pronostic? Nous n'avons rien à espérer de *l'anatomie pathologique*, impuissante encore à nous révéler, d'une manière constante et sûre, jusqu'à quel point l'hérédité a pesé sur l'organisme. Au point de vue *anthropologique*, les états morbides, physiques et psychiques de l'ascendance, en supposant qu'ils puissent toujours être rigoureusement déterminés, ne nous donneront pas la mesure exacte des mêmes états chez la descendance. C'est en nous plaçant à un point de vue *clinico-symptomatique* que nous parviendrons à établir les trois degrés suivants de la folie héréditaire :

A. Prédisposition héréditaire latente. La folie fait explosion sans qu'il soit possible de trouver, dans la vie passée du malade, aucune anomalie psychique qui puisse être rapportée à l'influence héréditaire.

B. Folie héréditaire à évolution progressive. Phénomènes névro ou psychopathiques entachant tout le passé du malade, d'une manière continue ou intermittente, et s'accentuant de

jour en jour jusqu'au trouble psychique élémentaire et à la folie proprement dite.

C. Dégénérescence psychique congénitale, *moral insanity*, dégénérescence physique, imbécillité, idiotie.

Notre observation porte sur 292 cas de maladie (194 hommes et 118 femmes) dont la marche et la terminaison ont pu être rigoureusement déterminées.

Nous allons les classer d'après les groupes indiqués ci-dessus, et rechercher quel contingent proportionnel chaque groupe apporte à la guérison.

Guérisons.

A.	Hommes,	39	(58,4 p. 100).	Femmes,	15	(57,7 p. 100).	
B.	—	14	(16,1 —).	—	11	(13,2 —).	
C.	—	0	(0 —).	—	0	(0 —).	

Améliorations.

A.	Hommes,	9	(13,2 p. 100).	Femmes,	5	(19,2 p. 100).	
B.	—	20	(23 —).	—	15	(17,8 —).	
C.	—	2	(10 —).	—	0	(0 —).	

Etat stationnaire.

A.	Hommes,	19	(28,4 p. 100).	Femmes,	6	(23 p. 100).	
B.	—	53	(60,9 —).	—	58	(69 —).	
C.	—	18	(90 —).	—	8	(100 —).	

Le degré de curabilité est donc en raison inverse de l'énergie de la puissance héréditaire. La proportion des guérisons, en A, est supérieure à celle des cas non-héréditaires; mais, en B, elle tombe bien au-dessous de la moyenne de ces derniers; en C, elle se réduit à 0.

Nous en concluons que l'influence favorable concédée à l'hérédité, au point de vue de la curabilité de la folie, ne saurait se soutenir d'une manière absolue; qu'elle n'est réelle que pour une certaine catégorie de cas; que, au contraire, l'hérédité aggrave le pronostic, dès que son influence détermine une évolution morbide constitutionnelle et cela d'autant plus que cette influence héréditaire constitutionnelle se fait plus et plus tôt sentir.

7° *Signification clinique de la dysphagie chez les fous et les paralytiques.* Dr Zenker.

La science procède toujours de l'analyse à la synthèse.

Après de nombreux travaux accumulés pour l'élucidation d'une question, la lumière se fait sur quelques points, et du choc des controverses se dégage quelque vérité irrévocablement acquise à la science. La vérité une fois énucléée des scories qui l'encombrent, tous les détails tombent et sont délaissés; tout au plus laisse-t-on subsister quelques jalons destinés à montrer la route que l'on a suivie. Et lors même que, dans certains cas, l'induction, se dégageant des lenteurs de l'analyse, arrive d'un seul bond à saisir ou à pressentir une vérité, l'esprit humain est toujours obligé de revenir à l'analyse pour faire adopter la vérité qu'il a découverte.

Lors donc qu'il nous est donné de lire, sur la psychiatrie, un travail aussi étendu que celui du Dr *Zenker* sur la signification clinique de la dysphagie chez les fous et les paralytiques, nous sommes en droit de penser que, pour prix de notre labeur, nous y trouverons, par-ci par-là, comme résultat d'une étude physiologique et pathologique aussi encombrée de menus détails, quelque fait général nouveau ou destiné à modifier ou à corrohorer les faits connus jusqu'ici sur la matière.

L'analyse malheureusement n'a aucune prise sur ce travail purement didactique. L'intention évidente de l'auteur est de traiter à fond et d'exposer avec ordre, sans plus rien laisser à glaner après lui, tout ce que l'observation la plus attentive et la plus minutieuse peut apprendre sur le mécanisme, la symptomatologie et le diagnostic de la dysphagie comprise dans le sens le plus large.

Par dysphagie, en effet, il ne faut pas entendre les seules altérations fonctionnelles de l'organe automatique de la déglutition. Que le malade mange avec gloutonnerie, et avale sans prendre la peine de mâcher ses aliments, dysphagie; que la bouche s'ouvre outre mesure, que le malade, s'enfonçant la cuiller juisqu'au manche dans la bouche, fasse mine de l'avaler avec la soupe, dysphagie; que les lèvres tremblantes ne retiennent pas suffisamment les aliments, que, par suite, l'aspiration du liquide manque son coup, que le vestibule de la bouche ne se nettoie pas bien des parcelles alimentaires, dysphagie; dysphagie encore, lorsque la langue, paralysée d'un côté, ne peut ramener régulièrement le bol alimentaire sous les dents. Et ainsi jusqu'au cardia.

Dans une esquisse physiologique qui sert d'introduction et qui, par son étendue et son originalité, pourrait prendre rang dans un traité spécial de physiologie, nous assistons au méca-

nisme de la succion, de la mastication, de l'insalivation, de la déglutition, avec les variétés que l'on rencontre chez le nourrisson, le batteur en grange et le muscadin.

Relativement aux usages du muscle peaucier du cou, pour ne nous arrêter que sur ce point, il en est un qui n'est pas suffisamment indiqué dans les ouvrages d'anatomie. Vous savez bien qu'il est abaisseur de la lèvre inférieure (impression de tristesse, d'effroi) ; mais ce que vous ne savez pas, c'est qu'il sert encore à dilater le *vestibulum oris*, de manière à constituer, pour l'air et les aliments liquides, comme un canal accessoire entre les joues et l'arcade dentaire. Le peaucier entre en action lorsque, ayant eu l'imprudence d'enfourner trop chaud, vous vous permettez, avant de hasarder la déglutition, de soumettre l'aliment à un refroidissement préalable, par de petites aspirations saccadées.

Le terrain physiologique ainsi déblayé, *Zenker* entre en matière. Ne pouvant le suivre dans son exposition didactique, nous ne donnerons qu'un simple aperçu de sa manière de procéder, en ce qui concerne les lèvres et les joues.

Le premier degré des phénomènes dysphagiques consiste ici dans une disproportion entre la dépense de travail et le résultat obtenu. La mastication n'est pas assez favorisée par les joues, et les lèvres ne concourent pas suffisamment au travail, par suite d'insuffisance et d'inégalité dans l'innervation. Le malade ouvre démesurément les lèvres et la mâchoire pour mieux happer l'aliment. Ce mouvement exagéré volontaire, ou à demi instinctif, est un mouvement compensateur. Compensation motrice se rencontre dans d'autres organes : l'écartement des jambes du paralytique est moins la suite de l'incertitude des mouvements dans les extrémités inférieures, que de l'obligation où se trouve l'individu d'assurer une base suffisamment large à son centre de gravité qui périclite.

Cette loi de compensation dans les troubles moteurs a une portée énorme qui n'est pas assez appréciée. Dans la paralysie générale, les pauses que fait le malade en parlant, sa phonation, les chevilles qu'il intercale, les syllabes qu'il répète ou qu'il avale, la lenteur ou la précipitation dans la prononciation de certains mots, sont autant de *ficelles* au moyen desquelles il cherche à cacher son trouble moteur. Il en est ainsi des troubles moteurs des lèvres et des joues. A ce premier degré, le malade a encore conscience de ce qu'il y a de défectueux dans son organe, et cherche à le cacher par le ralentissement ou

l'exagération du mouvement. Il dépense plus de force et de temps qu'il n'en faut réellement pour atteindre le but.

Mais à côté de ces mouvements volontaires compensateurs, il s'en produit d'involontaires que nous appellerons *co-mouvements*. Ce sont ici des étirements, des contorsions qui se produisent autour des commissures des lèvres et s'irradient à toute la face. Comme nous venons de le dire, ces mouvements sont involontaires et sans but, ou plutôt vont contre le but. Il en est ici comme de la parole des paralysés; trouvent-ils de la difficulté à prononcer un mot, on voit leur figure se contracter irrégulièrement; les lèvres tremblent, les narines se dilatent, les sourcils se lèvent, les paupières s'abaissent, le front se plisse. Comment expliquer ces co-mouvements? Très-aisément : un obstacle se présente-t-il pendant l'acte moteur, il détermine aussitôt une activité nerveuse plus énergique, et cette activité exagérée fait dévier l'impulsion motrice. Cette explication ne convient cependant pas à tous les mouvements, en particulier à la contraction des sourcils et au plissement du front. Voyez ce qui arrive lorsque, saisissant une personne par derrière et à bras-le-corps, vous la soulevez de terre; ses bizarres gesticulations prouvent assez qu'elle cherche un point d'appui. Toute manifestation de mouvement est précédée de la recherche d'un point d'appui. Celui-ci vient-il à être déplacé, il survient de l'incertitude, de l'altération dans le mouvement, au point de compromettre le but; inversement, dès que naît un trouble ou de l'incertitude dans le mouvement, la première question est de rechercher et d'assurer le point d'appui. Ainsi, dans le cas spécial, avec la conscience de l'incertitude des mouvements, arrive au malade le sentiment de l'absence d'un point fixe; dès lors il cherche, tâtonne, sollicite les muscles voisins, et c'est ainsi que naissent les co-mouvements.

Dans un deuxième degré..... La clinique s'accommode mal des infiniment petits, et ces détails s'effacent dès que le microscope de M. Zenker n'est plus là pour les faire entrevoir.

8° *Dédoublement de la perception et de la pensée. Etude psychologique.* Dr Huppert (Colditz).

Quoique le système nerveux central qui s'épanouit dans les hémisphères soit double et symétrique, nous ne pensons pas plus double que nous ne voyons double avec nos deux yeux. On a vu quelquefois les facultés intellectuelles demeurer

intactes bien que l'un des deux hémisphères fût hors de service, et on en a conclu qu'un seul hémisphère suffit au fonctionnement de l'intelligence. Mais comme, dans ces conditions, l'esprit se fatigue vite et ne conserve qu'une énergie restreinte, on a pensé que, à l'état normal, les deux hémisphères agissent chacun à son tour, ou que du moins l'activité intellectuelle se répartit également sur les deux.

L'opinion de *Wigan* (dualité complète de l'âme dans les deux hémisphères), l'hypothèse de *Holland* (désharmonie dans l'activité des deux hémisphères), celle de M. Follet (défaut d'équilibre dans l'innervation des deux côtés), paraissent plus ou moins hasardées.

Plus récemment *Jensen* a repris cette idée et a cherché à l'appuyer de quatre observations (allg. Zeitschr. f. psych. 25 Band, Supplementheft, p. 48). Il imagine qu'il se forme dans les hémisphères deux sensations (comme deux images dans les yeux) qui, à l'état normal, se confondent au point de n'en former qu'une seule, mais qui, à l'état anormal, quand les deux hémisphères ne fonctionnent pas ensemble, se dédoublent et, comme au début du strabisme, projettent une double image au dehors.

C'est cette hypothèse que *Huppert* cherche à ruiner, et il puise ses arguments dans deux observations qu'il relate. L'un et l'autre malade sont des hallucinés (un paralytique et un monomane). Ils présentent ce phénomène remarquable, c'est que tous les mots lus ou pensés sont aussitôt répétés à haute voix après eux par une ou plusieurs voix. Il insiste particulièrement sur ce fait, c'est que le dédoublement ne porte point sur les perceptions, mais sur les images qu'elles déterminent; qu'il n'implique point un trouble ou une lésion de l'un ou l'autre hémisphère, mais qu'il a son siége dans la partie médiane et impaire, dans les commissures.

9° *Congrès des médecins aliénistes allemands à Innsbruck.* (20 sept. 1869.)

Rapport de M. Tigges sur le projet de M. Lunier pour la statistique des maladies mentales.

Ce rapport, très-étendu, fait au nom d'une commission nommée par l'Association des aliénistes allemands, dans l'une de ses précédentes réunions, n'est pas susceptible d'analyse.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 23 juin 1871, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, M. le Dr Lunier (Ludger-Jules-Joseph), inspecteur général du service des aliénés, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur; services de guerre pendant le siége de Paris.

— M. Henri Védie, interne à l'asile d'Evreux, a été cité à l'ordre du jour de la légion mobilisée de l'Eure pour sa belle conduite pendant l'épidémie variolique qui s'est déclarée dans le 2e bataillon.

— Le Dr Pelman, 2e médecin de l'asile de Siegburg (Bonn), vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin), en remplacement de MM. Renault du Motey, directeur, et Hildenbrand, médecin en chef.

— M. le Dr Hildenbrand, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Marseille, en remplacement de MM. les Drs Sauze et Lachaud, chargés du service médical de l'établissement depuis le commencement de 1869.

NÉCROLOGIE.

M. le professeur Longet est mort subitement à Bordeaux, le 24 avril dernier. M. Longet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, a été de 1843 à 1847, l'un des principaux collaborateurs des *Annales médico psychologiques*. M. Longet a publié un très-grand nombre de travaux sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux; en voici les principaux :

1° *Recherches sur les exhalations sanguines des méninges*; in-4°, 1835.

2° *Mémoire sur la portion céphalique du nerf grand sympathique*. (*Journ. des conn. méd. chir.*, 1838).

3° *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens; avec des observations pathologiques et un examen historique des expériences faites sur ces organes depuis Ch. Bell*, 1 vol. in-8°, 1841.

4° *Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*; 2 vol. in-8° avec planches, Paris, 1842.

5° *Faits pouvant servir à déterminer le lieu d'origine et le mode d'entre-croisement des nerfs optiques.* (*Annales médico-psychologiques*, 1843.)

6° *Documents et recherches sur quelques points douteux de l'anatomie et de la physiologie du nerf facial.* (Même recueil.)

7° *Sur la relation qui existe entre le sens du courant électrique et les contractions musculaires dues à ce courant*; avec M. C. Matteuci. (Même recueil.)

8° *Sur l'hypothèse des courants électriques dans les nerfs.* (*Ann. de chimie et de physique*, 1844.)

9° *Expériences relatives aux effets de l'inhalation de l'éther sur le système nerveux.* (*Ann. médico-psych.*, 1847.)

10° *Mémoire sur la véritable nature des nerfs pneumo-gastriques et les usages de leurs anastomoses.* (*Arch. gén. de méd.*; novembre 184°.)

Poursuites dirigées contre un directeur d'asile ; *désistement.* Le 16 août 1867, le nommé Piquemal s'évada de l'asile de Saint-Lizier, se dirigeant sur Toulouse. Dans la nuit qui suivit cette évasion, trois incendies se déclarèrent sur le parcours suivi par Piquemal et on en conclut dans le pays que le feu avait été mis par lui. D'où citation du directeur médecin, M Busquet, devant le juge de paix de Saint-Lizier en déc. 1867 pour entrer en accommodement avec l'incendié. Le directeur fit défaut.

Quelques mois après, en nov. 1868, citation devant le tribunal civil de Saint-Girons, qui se déclare incompétent.

Pourvoi devant le conseil d'État qui, contrairement à l'avis du ministre de l'intérieur, autorise l'incendié à poursuivre M. Busquet (déc. 1869).

En nov. 1870, l'incendié attaque le département de l'Ariége et le directeur comme civilement responsables des dégâts prétendus occasionnés par Piquemal. Le département obtient un jugement qui le dégage et M. Busquet reste seul en cause.

En mai 1871, l'incendié fit demander à M. Busquet s'il ne consentirait pas, pour éviter de nouveaux frais, à lui payer 20,000 fr. de dommages-intérêts, plus les frais ! Refus motivé de M. Busquet.

Enfin, vers la fin de juin, notre confrère apprit par son avoué que son adversaire s'était désisté de toutes poursuites contre lui.

Le rédacteur en chef, L. LUNIER.

Le directeur-gérant, BAILLARGER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE CINQUIÈME VOLUME

DE LA CINQUIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MEMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. Psychologie.

PAGES.

Étude médico-psychologique, par M. le Dr Henry Bonnet. 5

II. Pathologie.

De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public, par M. le Dr L. Lunier. . . . 27

De l'emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques de l'hospice de Bicêtre, par M. le Dr J. Falret. 161

Rapport sur le service médical de l'asile de Stéphansfeld, pour l'année 1869, par M. le Dr Hildenbrand. 176

Mémoire sur le crétinisme, par M. de Rambuteau. 321

Rapport sur le service médical de l'asile de Bailleul, pour l'année 1870, par M. le Dr E. de Lamaëstre. 345

III. Médecine légale.

Rapport sur l'état mental de la nommée V..., inculpée d'incendies; hystéro-épilepsie à forme anomale; ordonnance de non-lieu, par M. le Dr Daniel Brunet 42

Rapport médico-légal sur l'état mental de Pilotelle (Edouard), inculpé de coups et blessures; délire de persécution; responsabilité restreinte; condamnation, par M. le Dr Solaville. 204

Rapports médico-légaux, par M. le Dr Payen :

1° Sur l'état mental de Théophile Piednoir, inculpé d'un double assassinat; folie épileptique. 377

2° Sur l'état mental de Legendre, inculpé de meurtre sur sa mère; manie alcoolique passagère; responsabilité restreinte. . . 383

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

PAGES.

Séance du 27 juin 1870. (Suite et fin.) — Discussion sur l'emploi des bromures dans le traitement des maladies nerveuses : MM. Lasègue, J. Falret, Legrand du Saulle, Fournet, Pouzin, Auguste Voisin, Morel et Girard. 221

Séance du 25 juillet 1870. — Correspondance : MM. Fournet et Bourdin : Présentations : M. Lunier. — Prix Aubanel : MM. J. Falret, Maury, Legrand du Saulle, Delasiauve, Billod, Lunier et Foville. — De l'efficacité des bromures dans le traitement de l'épilepsie : MM. Aug. Voisin et Legrand du Saulle. 230

Séance du 26 octobre 1870. 389

Séance du 27 mars 1871. — Mort de MM. Falret et Mitivié. — Prix Aubanel. — Prix Esquirol. — Communication du trésorier. — Ajournement de la séance solennelle annuelle et du renouvellement du bureau. — Présentation de candidatures, par M. L. Lunier. — Rapport sur la candidature de M. Doutrebente, par M. Motet. — Rapport sur la candidature de M. Darnis; étiologie du goître et du crétinisme, par M. L. Lunier. — Rapport sur la candidature de M. Bouteille; des troubles de la sensibilité chez les aliénés, par M. Ach. Foville. 389

Séance du 24 avril 1871. — Du délire dans les maladies aiguës : MM. Legrand du Saulle, Brochin, Motet, Linas, Loiseau, J. Falret et Trélat. 410

II. Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris.

Guérison d'une névralgie par l'électricité. 58

Effets de la tension du cou sur le goître. 58

Conditions de production du goître. 59

Cas de rage. 59, 75, 77, 78 et 157

Méningite terminée par la guérison. 59

Apoplexie cérébrale dans les cas d'épanchements pleurétiques considérables. 60

Paralysie glosso-labio-pharyngée sans lésion du bulbe. 69

Apoplexie capillaire du cerveau, suite d'oblitération d'une veine méningienne. 61

III. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS

Par MM. L. Lunien et Berger.

PAGES.

De la convulsion. 66
Sclérose des deux tiers des circonvolutions frontales sans aphasie. 67
Aphasie dans *les maladies cérébrales* 67
Remède contre la céphalée. 67
Diagnostic de la tuberculose cérébrale. 67
Névrite optique et affections cérébrales. 68
Erythème solaire et délire alcoolique. 69
Du bromure de potassium dans l'épilepsie. 73, 86, 118
Cérébroscopie. 75
Action directe des anesthésiques sur le cerveau. 75
Effets de l'absinthe sur le système nerveux. 76
Paralysie agitante et sclérose en plaques. 76
Névroses congestives de l'encéphale. 76
Arthropathies consécutives à l'ataxie locomotrice. 77
Embolies du cerveau chez les enfants. 77
Contracture essentielle des extrémités. 77
Tumeurs du cervelet. 78
Alcool et absinthe; épilepsie absinthique. 78
Rôle du cervelet. 81
Bromure de potassium dans l'éclampsie. 81, 84
De l'eau froide dans les maladies nerveuses. 81
Maladie nerveuse extraordinaire. 81
Hémiplégie diphtéritique; cérébroscopie. 84
Paralysie à la suite de la rougeole. 84
Ce que c'est que l'aphasie. 84
Epilepsie survenue sans cause appréciable. 84
Convulsions par thrombose des sinus. 86
Hémiplégie alterne; tubercules de la protubérance et des pédoncules cérébraux 86
Recherches sur les nerfs du goût. 87
Ataxie locomotrice et arthropathie. 87
Glio-sarcomes de la pie-mère; ramollissement cérébral consécutif. 87
Epilepsie due à certaines lésions de la moelle épinière et des nerfs rachidiens. 87
Atrophies secondaires de la moelle. 115
Dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale. . 116
Sclérose corticale annulaire de la moëlle. 117
Section d'un nerf sciatique; épilepsie. 117
Lipôme de la pie-mère cérébrale. 117
Hémorrhagie du bulbe rachidien. 117

PAGES.
Cause des ecchymoses du pericrâne dans l'apoplexie. 117
Des fibres nerveuses qui font contracter les muscles dans les convulsions. 117
Physiologie du système nerveux. 118
Chlorure de potassium dans l'épilepsie. 118
Suicide dans l'alcoolisme. 120
Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. 124
Apoplexie; anévrysmes miliaires. 124
Tumeur de l'utérus; mélancolie. 124
Sur l'hydrate de chloral. 127
Complications de la paralysie générale. 127
Hystérie; action directe des anesthésiques sur l'utérus 137
Hystérie; chloroforme. 137 et 152
Épilepsie holopathique. 137
Sur le siége de la faculté du langage articulé. 139
Siége anatomique et traitement de la rage. 152
Sur la diathèse nerveuse. 152
Hystérie et aliénations holopathiques. 152
Chloroforme dans les affections convulsives. 152
Délire de faiblesse au déclin des maladies. 152
Cas de vertige hémorrhoïdaire. 155
Manie aiguë guérie par la saignée au moyen de la térabdelle. . . . 155
Folie et suicide chez les Juifs. 157
Structure du cylindre de l'axe et des cellules nerveuses. 247
Maladies du système nerveux aux Etats-Unis 248
Anthropologie de l'Inde. 248
Maladies mentales aux îles Moluques. 248
Maladies du système nerveux à Saint-Pierre. 248
Vomissements causés par une lésion cérébrale de nature syphilitique. 249
Ataxie locomotrice progressive d'emblée; bons effets du phosphore. 250
Goître et folie dans la Moselle. 250
Folie et suicide dans l'armée anglaise. 250
Maladies des centres nerveux causées par le tabac. 251
Tabac et folie paralytique. 252
Législation relative aux aliénés. 253
Fonctions des centres nerveux.. 256
Sur la pellagre. 256
Cas de rage chez un enfant. 256
De la spécificité thérapeutique. 257
Tétanos rhumatismal; eaux d'Aix; guérison. 257
Névralgie du maxillaire inférieur; résection; guérison. 257
Goître exophthalmique. 258
De l'hémiplégie hystérique. 258
Lésions cérébrales chez un aliéné. 259
Rôle du système nerveux dans la menstruation. 261

PAGES

Maladies du système nerveux. 262
Ataxie locomotrice et hydrothérapie. 262
De la crampe des écrivains. 262
Physiologie pathologique de l'hystérie. 265
Oxyures dans le rectum; pseudo-méningite. 264
Éclampsie et albuminurie. 264
Considérations sur la loi de 1838. 264
Discussion sur le libre arbitre. 264
Des fonctions du cerveau et des facultés instinctives, intellectuelles et morales. 269
L'article 8 de la loi sur les aliénés. 276
Hématome des oreilles chez les aliénés. 415
Epilepsie et chorée chez une idiote; asymétrie des lobes cérébraux. 415
Action de l'alcool sur l'estomac; épilepsie et alcoolisme. 416
Epilepsie alcoolique et absinthique. 416
Température des parties centrales dans l'apoplexie. 417
Phénomène observé dans l'empoisonnement par la nicotine. 418
Convulsions produites par la colchicine. 418
Action physiologique de la cocaïne. 420
Encéphalite interstitielle du lobe sphénoïdal droit. 420
Sens des mouvements de rotation dus aux lésions encéphaliques unilatérales 421
Kyste hydatique du lobe frontal. 423
Fréquence du pouls dans l'ataxie; ecchymoses du cou chez les apoplectiques. 424
Fièvre typhoïde, rhumatisme et méningo-encéphalite. 425
Alcoolisme chronique avec accès sub-aigu. 426
Physiologie de la moelle épinière. 426
Cas de sclérose en plaques. 427
Embolie de la carotide interne. 428
Méningo-myélite sub-aiguë 428
Kystes symétriques dans les hémisphères. 429
Paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale 429
Atrophie musculaire progressive et paralysie glosso-labio-laryngée. 431
Sur la nature de la chorée. 431
Épilepsie consécutive à la section de la moelle. 431
Phénomènes de roulement; lésions anatomiques. 431
Recherches sur l'aura épileptique. 432
Hémiplégie faciale et méningite tuberculeuse. 433
Caractéristique de la folie et de la raison. 433
Dispositions des fibres nerveuses dans la commissure antérieure du cerveau. 433
Insensibilité de la moelle à l'excitation électrique. 434
Du phosphure de zinc dans l'ataxie locomotrice. 434
Anatomie pathologique de l'alcoolisme. 435

PAGES.

Propriétés des centres cérébro-spinaux. 435
Étude sur la chorée. 437
Cas de tétanos rhumatismal. 437
Sur le pronostic du tétanos. 439
Aphonie et aphasie par le chloroforme. 440
Deux faits d'éclampsie puerpérale. 440
Recherches sur les composés du potassium et le bromure de potassium. 441
Action du chloral sur l'économie; ses applications thérapeutiques. 443
Alcool et absinthe, épilepsie saturnine. 448
Paralysies dépendant des idées et des sensations. 449
Traitement de l'éclampsie puerpérale. 450
De la teinture éthérée de valériane dans l'hystérie. 450

JOURNAUX BELGES (1869)

Analyse par M. L. LUNIER.

Du delirium tremens alcoolique. 276
Phénomènes psychologiques pendant et après l'anesthésie provoquée. 276
Une colonie d'aliénés. 280
Traitement du somnambulisme. 282
Contracture hystérique produisant le pied-bot 282
Deux cas de rage. 283
Autopsies d'aliénés. 283
Sur la dyspepsie nerveuse. 284
Thrombose des sinus crâniens. 285
Traitement de l'insomnie chez les aliénés. 286
Epilepsie guérie à la suite d'une brûlure. 287
Considérations sur la nostalgie. 287
Structure intime du système nerveux. 288
Tétanos rhumatismal et bains chauds. 292
De la paralysie hystérique. 292
Accidents cérébraux causés par des oxyures. 295
Affection cérébro-spinale à crises cataleptiques. 296
Folie au point de vue médico-légal. 296
Des courants continus dans la paralysie agitante. 296

JOURNAUX ALLEMANDS (1865 à 1868 et 1869)

Analyse par MM. les Drs CHATELAIN et HILDENBRAND.

De la quantité d'eau contenue dans l'encéphale. 297
Du pronostic dans les maladies mentales. 298
Études sur la chorée. 299
Irritation mécanique du nerf vague 299
Nouveau cas de porencéphalie. 299

PAGES.

Les infirmiers dans les asiles. 299
Rapport médico-légal. 300
Statistique de l'asile de Bunzlau. 301
De l'importance des asiles pour le traitement de la folie. 301
Injections de morphine chez les aliénés. 303
État de léthargie. 303
De l'opium dans les pycho-névroses. 304
Assistance des aliénés en Westphalie. 305
État mental des pédérastes. 305
De l'élément mélancolique dans la folie. 305
Responsabilité partielle. 307
Le non-restraint 308
Siége du sentiment et fonctions du cervelet. 308
Poids spécifique du cerveau dans la folie. 312
De la papavérine dans les maladies mentales. 312
Cas d'arrêt de développement du cerveau. 315
Des énostoses du clivus chez les aliénés. 316
Travaux divers dans le *Correspondenz-Blatte* de 1865-1868. . . . 462
Aliénation et empoisonnement par la neurine. 465
Communications cliniques. 465
Cavités pathologiques dans les hémisphères. 465
Pronostic des folies héréditaires. 466
De la dysphagie chez les fous et les paralytiques. 467
Dédoublement de la perception et de la pensée. 470
Statistique appliquée aux maladies mentales. 470

JOURNAUX ANGLAIS (1868)

Analyse par le Dr DUMESNIL.

Les aliénistes et la loi anglaise. 452
Du bromure de potassium dans l'épilepsie. 455
La science médico-mentale et la justice. 457
Traitement des aliénés indigents aux Etats-Unis. 457
Insuffisance du traitement des médecins adjoints. 459
Injections médicamenteuses hypodermiques. 461

IV. Variétés

Nécrologie : M. MITIVIÉ. 459
Nominations. — Association des médecins aliénistes. — Société médico-psychologique; Prix Esquirol; Prix Aubanel. — Prix de l'Académie de médecine d'Anvers. — Service des aliénés de la Seine. — Faits divers. 318
Nominations et promotions : MM. Lunier, H. Védie, Pelman, Hildenbrand.—Nécrologie : M. Longet.—Poursuites dirigées contre un directeur d'asile. 472
Table des matières du 5e volume. 474

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION

DE

MANIE AMBITIEUSE

ACCÈS MANIAQUES TRANSITOIRES

Prédisposition héréditaire. — Aliéné persécuteur

Par M. H. DAGONET,

Médecin de l'Asile Sainte-Anne.

L'étude de l'aliénation mentale présente chez quelques malades une difficulté d'autant plus grande que les manifestations délirantes que l'on observe chez eux ne se produisent d'une manière caractéristique qu'à certains moments d'excitation. Sans doute on peut remarquer, comme faisant partie de leur disposition morale habituelle, de la bizarrerie

de l'originalité; mais cette bizarrerie et cette originalité ne deviennent une folie véritable que lorsqu'ils sont placés sous l'influence de conditions particulières, de causes excitantes qui viennent réveiller certaines passions endormies ou plutôt mal comprimées, telles par exemple que l'ambition et un irrésistible désir d'attirer sur eux l'attention publique.

En dehors de ces conditions, de semblables individus peuvent vivre dans la société sans inconvénient; ils y conservent les apparences de la raison, ils se conduisent convenablement, on les voit même diriger leurs propres affaires avec intelligence, souvent avec succès. Ce sont des demi-aliénés, en ce sens qu'ils touchent presque continuellement à la limite de la folie et qu'il suffit de la moindre contrariété, de la plus insignifiante surexcitation pour leur faire commettre des actes absolument extravagants, qui viennent jeter le trouble et le désordre dans le milieu dans lequel ils sont appelés à vivre. Sans doute ils doivent être laissés en liberté, mais Dieu sait au prix de quels tourments pour ceux qui sont obligés de rester avec eux; bien souvent aussi il arrive que leurs accès de folie transitoire prennent des proportions telles, qu'il devient indispensable de les renfermer pendant plus ou moins de temps dans un asile d'aliénés. Inutile d'ajouter que ces individus sont le fléau de leur famille, comme ils sont celui de la société et surtout celui des médecins et des magistrats qui ont le triste devoir de s'occuper d'eux. Ils les accablent de leurs plaintes et de leurs récriminations, ils dirigent contre eux d'incessantes attaques, ils mettent dans leurs poursuites une passion, une sorte d'acharnement qui caractérise déjà leur fâcheuse disposition d'esprit, et, pour me servir de la juste expression d'un professeur distingué, de persécutés qu'ils se disent, ils deviennent de véritables persécuteurs.

L'observation suivante nous a paru présenter à ce titre quelque intérêt; le malade qui en fait le sujet ne cesse de

nous poursuivre pour la séquestration arbitraire dont il prétend avoir été l'injuste victime. Voici les détails qui le concernent.

M. X... a été placé à l'asile Sainte-Anne par un arrêté de M. le Préfet de police, le 17 septembre dernier; les faits suivants avaient motivé son arrestation :

Le 16 septembre, il parcourait les rues de Paris tenant à la main un drapeau ridicule : ce drapeau, fond blanc et croix rouge, portait les inscriptions suivantes : *Paix, liberté, humanité, fraternité démocratique entre tous les peuples. Jésus, Marie, vive la nation ! Jeanne d'Arc vierge et martyre, protégez-nous.* Il semblait alors un véritable énergumène et attribuait à son oriflamme les plus grandes vertus, celle entre autres de repousser les Prussiens.

Il fut arrêté rue Notre-Dame-des-Champs par des gardes nationaux; ses excentricités avaient donné lieu à un rassemblement tumultueux; il s'était même porté à quelques violences sur une personne qui s'était permis de lui dire que des fusils feraient bien mieux notre affaire que des cierges.

Soumis à la Préfecture de police à l'examen du docteur Legrand du Saulle, cet honorable médecin constata chez lui une grande excitation intellectuelle, une préoccupation politique et religieuse, des actes délirants et des projets multiples.

Le lendemain de son arrivée au bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne, M. le docteur Girard de Cailleux, chargé à cette époque de la direction de ce service, délivra le certificat suivant en exécution de la loi de juin 1838 : « Projets multiples et bizarres, excentricité, mobilité, irritabilité, violence, loquacité; déjà traité à Charenton et à Bicêtre, ne jouit pas de la plénitude de sa liberté morale. »

Le 19 septembre, il est envoyé dans mon service à l'asile Sainte-Anne; à cette époque on pouvait encore remarquer, quoique à un moindre degré, les signes d'une grande exal-

tation; il nous expliquait que la France n'avait pas payé sa dette envers Jeanne d'Arc, qu'il avait apporté un drapeau imaginé par lui qu'il voulait faire placer sur les forts... Il nous a déclaré avoir été détenu à Charenton pour affaire politique, et à ce propos il nous a récité des vers qu'il avait composés et dont nous regrettons de ne pas avoir conservé le souvenir... Enfin il nous dit que s'il s'était porté à des actes de violence sur une personne qu'il ne connaissait pas, c'était parce que celle-ci avait l'air de se moquer de lui.

Quoi qu'il en soit, M. X... ne tarda pas à devenir calme; dans quelques entretiens particuliers que j'eus avec lui, il me fit la confidence qu'il avait une grande disposition à l'exaltation, qu'à certains moments même il était pris d'une telle surexcitation qu'il lui semblait perdre tout à fait la raison, et que dans ce cas il se sentait entièrement incapable de se dominer et de diriger ses actions. En même temps, il me confia qu'il existait chez lui une prédisposition héréditaire, que sa mère avait été atteinte d'aliénation mentale; j'ai su depuis qu'il avait eu un frère frappé de la même maladie.

Il insista beaucoup pour être remis promptement en liberté : je ne manquai pas de lui faire observer qu'il allait se trouver au milieu des conditions les plus difficiles, que d'ailleurs, éloigné de sa famille et soustrait à l'influence bienfaisante qu'elle exerce sur lui, il serait exposé à des causes diverses et nombreuses de surexcitation. Il m'assura qu'il avait des amis qui lui viendraient en aide et qu'il ferait en sorte d'éviter tout ce qui pourrait le surexciter. En présence de son insistance, de l'état de calme qu'il présentait depuis son arrivée dans mon service, je rédigeai, en exécution de la loi de juin 1838, mon certificat de quinzaine de la manière suivante, en demandant sa sortie de l'asile :

« M. X... paraît avoir été atteint d'un léger accès d'excita-

tion intellectuelle; il a une disposition naturelle à l'exaltation qui le porte, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, sous l'influence de certaines causes provocantes, à un état de fâcheuse surexcitation. A la suite des derniers événements, l'état d'agitation dans lequel il s'est trouvé lui a fait commettre des actes de violence regrettables. Aujourd'hui il est redevenu calme, il a pris la résolution d'éviter tout ce qui pourrait le surexciter; en conséquence, sa sortie qu'il réclame avec une grande insistance peut être autorisée. »

Quelques jours après, la sortie était autorisée.

Ainsi, dans cette affaire, tout s'était passé avec la plus extrême régularité; M. X... avait eu un accès d'aliénation parfaitement caractérisé, dont lui-même ne paraissait même pas douter à l'époque où il nous fit ses confidences : tout prouvait cet accès, l'état de surexcitation violente qui l'avait brusquement saisi; le drapeau absurde qu'il portait, ses croyances ridicules à ce sujet, son idée fixe de le faire placer sur les forts; il troublait l'ordre public, se portait à des violences à l'égard des personnes qui se permettaient de le contredire. Nous citerons quelques écrits insensés, rédigés par lui sous l'influence de cette période d'agitation maniaque.

Certes un reproche pourrait nous être fait, en présence de la prédisposition à l'aliénation qu'il présentait, celui d'avoir en quelque sorte précipité sa sortie. Mais nous avions pensé avoir affaire à un simple accès de manie transitoire, de courte durée, le malade n'était plus dangereux pour la sécurité des personnes, nous avons aussi voulu user à son égard de toute la bienveillance possible, nous avons donc fait droit à sa demande, quitte à le voir revenir si un nouvel accès venait à se déclarer.

Je pourrais borner là mon récit, mais je crois utile de donner à son sujet quelques détails complémentaires pour bien faire apprécier la nature de son esprit et cette disposition puissante à l'aliénation qu'il présente, à tel point qu'on peut le considérer comme étant le plus souvent dans un

état voisin de la folie, et dans tous les cas, comme étant sujet de temps à autre à de véritables accès de manie subaiguë.

Sa vie n'est pour ainsi dire qu'une longue série de bizarreries, d'excentricités et d'inconséquences. M. X..., malgré les apparences contraires qu'il voudrait se donner, est un homme sans conviction politique; les actes nombreux qui lui sont reprochés depuis qu'il a attiré sur lui l'attention de l'autorité portent, pour la plupart l'empreinte de l'extravagance et témoignent trop souvent d'une absence véritable de sens moral. Il suffira de faire sous ce rapport un résumé très-succinct.

En 1852, il donne sa démission d'employé de l'Enregistrement. Cette carrière ne lui avait pas procuré toute la satisfaction que lui faisaient rêver ses aspirations ambitieuses. Il adresse, à cet égard, à l'administration des Domaines, des lettres où respire une grande exaltation.

Au mois de juin de la même année, le commissaire de police au Théâtre Français le faisait arrêter comme ayant tenté de troubler l'ordre public par sa persistance à vouloir lire une pièce de vers de sa composition. Il avait à la main une lettre portant pour suscription : *A l'empereur Louis Napoléon,* il voulait la remettre lui-même au prince, qui assistait à la représentation.

Sans doute ce n'était pas là un acte de folie, mais bien plutôt de triste servilité; il voulait attirer l'attention sur lui et donner une preuve ostensible et publique de l'ardeur de ses sentiments et de son dévouement sans bornes à la cause impériale; il cherchait, en un mot, à tirer profit de la situation nouvelle qui se préparait et que chacun pouvait pressentir. On saisit en effet sur lui, dit le commissaire de police, plusieurs pièces de vers d'un servilisme révoltant.

« Sire, disait-il, permettez-moi de vous appeler de ce nom, car vous ne tarderez pas à être proclamé empereur, aux applaudissements de la France entière. La nation veut

un empereur, elle souffre depuis 1848, elle a besoin d'un sauveur. »

Plus tard, comparant le coup d'État à la bataille d'Austerlitz, qu'il considère comme une action aussi brillante et plus utile, il s'écrie dans son enthousiasme lyrique :

> Merci, prince, merci, de nous donner la paix,
> Oui la postérité redira d'âge en âge
> Votre grand dévouement, votre noble courage ;
> Et si votre oncle avait le courage guerrier,
> Le courage civil sera votre laurier.

Mis en disponibilité comme receveur de l'Enregistrement, il adresse une nouvelle pièce de vers au prince Napoléon qu'il intitule sa *Prophétie*, le *Cri du cœur*. L'exagération des louanges qu'il adresse au prince ne le cède qu'à la violence des injures qu'il formule contre l'administration des Domaines. On y remarque les vers suivants :

> L'administration que l'on nomme centrale
> Dans peu de temps devrait rendre son dernier râle :
> C'est un corps gangrené, dans son sein est la peste ;
> Vous expulsez un chef, mais le principe reste.

Au 3 août 1852, nouvelle lettre pleine d'enthousiasme pour l'empereur et de violentes récriminations contre l'administration de l'Enregistrement ; cette administration, dit-il, est gangrenée, pourrie, elle est peuplée des ennemis de l'empereur, elle est vendue aux orléanistes et à la légitimité, il se fait fort d'en donner la preuve.

A peine avait-il formulé ces graves accusations qu'il faisait parvenir, peu de jours après, à cette même administration, des lettres pleines de repentir et de la plus grande humilité (juillet et septembre 1852), et comme elles restent sans effet, il reprend son système de menaces et de diffamations.

Au mois d'octobre de la même année, nouvelle lettre de repentir adressée au directeur général des Domaines ; il

regrette profondément sa dénonciation contre l'administration qu'il n'avait faite, dit-il, que dans le délire de la faim et de la fièvre. Les grandes fautes, ajoute-t-il, ne peuvent se réparer que par un grand dévouement, c'est pourquoi il fait appel à la générosité du directeur général. Si on ne lui accorde pas son pardon et sa rentrée dans l'administration, il est déterminé à en finir par le suicide; *triste nécessité*, dit-il, *contre laquelle sa raison affaiblie ne combat plus que mollement*. Cette pensée du suicide, afin qu'elle n'échappe pas à l'attention, est écrite en gros caractères, c'est un nouveau moyen qu'il emploiera plus tard encore pour tâcher d'attirer la pitié sur lui. Il insinue en outre cette idée qui caractérise son esprit orgueilleux, que ses écrits, qui portent la trace douloureuse d'une longue agonie, auraient, s'ils étaient rapprochés d'une mort précoce, un trop funeste retentissement, et comme il est poëte, il termine sa supplique par les quatre vers suivants, écrits en gros caractères :

Quand aucun avenir n'embellit la souffrance,
Qu'au malheureux est lourd le poids de l'existence,
Et s'il n'a devant lui que misère et douleur,
La vie est un supplice et la mort un bonheur.

Le 28 octobre 1852, il retourne à une représentation au Théâtre-Français, où il savait que le prince Napoléon devait assister; il est de nouveau arrêté après avoir voulu à toute force porter au prince une lettre qui avait pour suscription : *A l'empereur L. Napoléon.* — A ce moment ses facultés mentales se trouvaient dérangées; ainsi que le constate le rapport du commissaire de police, il avait les yeux hagards, fixes, on remarquait dans ses paroles de l'incohérence.

C'est peu de temps après qu'il fut de nouveau arrêté sur le boulevard des Italiens, donnant à haute voix, au milieu d'un groupe de 50 à 60 personnes, lecture de plusieurs pièces de vers de sa composition adressées au prince L. Napoléon;

il a été signalé alors comme présentant les signes d'une grande exaltation.

C'est à cette époque qu'il fut placé à Charenton d'abord, puis à Bicêtre, où il ne resta que peu de temps.

M. le Dr Calmeil, médecin en chef de Charenton, constata, dans le certificat immédiat, qu'il était en proie à une exaltation intellectuelle maladive et en dehors des habitudes d'une saine raison.

Placé ensuite à Bicêtre, M. le Dr Moreau, dans le service duquel il se trouvait, demanda sa sortie en rédigeant, le 22 novembre 1852, le certificat suivant: « Depuis son entrée à Bicêtre, je n'ai aperçu aucune trace de l'excitation mentale qui paraît avoir dominé ce malade à l'époque où il a dû être séquestré. Il doit être rendu à la liberté. »

En 1857, après avoir inutilement employé tous les moyens possibles de rentrer dans l'administration de l'Enregistrement qu'il avait tant calomniée, il publie un travail de 206 pages intitulé: *Des Réformes urgentes à faire dans l'administration des Domaines*, et qui ne paraît avoir d'autre but que de diffamer et d'injurier cette même administration. Il fut en effet condamné pour cette raison à un mois de prison et 150 fr. d'amende.

A quelque temps de là (avril 1857) il publiait une seconde brochure dans laquelle il cherchait à se justifier en reconnaissant qu'il avait eu tort et qu'il devait une réparation. Il écrit en même temps au directeur de l'Enregistrement une nouvelle lettre de repentir, dans laquelle il accuse les journaux démocratiques d'avoir été la cause de son égarement. « Après avoir vu à Paris, dit-il, les hommes de près, je n'ai pas tardé à me convaincre que les grands mots d'humanité, de progrès, de fraternité ne déguisaient que le charlatanisme le plus éhonté et le mercantilisme le plus méprisable. Aussi, quel que doive être mon sort dans l'avenir, ajoute-t-il, suis-je à jamais revenu des hallucinations que l'inexpérience, le jeune âge et surtout l'isolement peuvent seuls expliquer. »

Il fait de nouveau entrevoir, comme une dernière ressource, l'idée du suicide s'il ne peut obtenir ce qu'il désire ; il convient enfin que c'est l'orgueil qui l'a perdu.

On trouve en effet, dans quelques-unes de ses lettres, l'idée ambitieuse qu'il est appelé à régénérer le mécanisme de l'administration des Domaines. On le voit même aspirer, dans un passage de l'un de ses écrits, à remplacer le directeur général de l'Enregistrement. « Napoléon le Grand était, dit-il, à 30 ans général en chef de l'armée d'Italie ; lui aussi peut bien, à 30 ans, être directeur d'une administration où pullulent les abus. »

Entre autres élucubrations qui prouvent chez lui une excentricité qui certainement dépasse les bornes de la raison, nous pouvons citer le projet de travail suivant, portant ce titre :

L'amour déshonnête purifié par l'amour honnête
ou l'apothéose de Victorine
par X..., ancien séminariste, etc.

Ouvrage dédié aux jeunes gens, aux prêtres, aux femmes honnêtes ou légèrement galantes et aux préposés des administrations financières.

Et comme dédicace les vers suivants :

De ses attraits si purs je suis émerveillé :
Je la rêve en dormant, je la rêve éveillé ;
J'ai toujours devant moi sa figure divine,
Et je ne suis heureux qu'en aimant Victorine.

Son existence à Versailles, dans les dernières années, nous reste inconnue. On s'est borné à nous dire que c'était un homme fort processif, ce qui n'a rien d'étonnant, quand on pense à la disposition de son esprit qui le porte à rechercher le bruit, le scandale et toutes les occasions où il lui sera possible de jouer un rôle.

L'excitation maniaque qui forme comme la période ultime et pour ainsi dire l'exagération de son caractère habituel,

ne saurait faire l'objet d'aucune espèce de doute. Non-seulement ses actes sont alors absolument extravagants, mais les idées les plus fausses, les plus déraisonnables viennent à ce moment dominer son esprit. C'est ainsi que ne se rendant pas compte des causes réelles qui avaient motivé son arrestation, il écrivait peu de jours après son admission à l'asile Sainte-Anne une lettre à M. le Préfet de police, dans laquelle il exprimait la conviction qu'il avait été dénoncé par le Préfet de police lui-même, M. de Kératry, ou par le maire de Versailles comme étant un républicain dangereux, dont la haine contre les Prussiens, manifestée publiquement et d'une manière énergique, pourrait être cause du bombardement de la capitale. Il propose en outre, dans la même lettre, un plan pour repousser les Prussiens et qui consiste à détourner les canaux, empoisonner les vivres, etc...

L'élucubration suivante, qu'il rédigeait à la date du 1er octobre, et qu'il avait intitulée : *Mon Diagnostic médical*, mérite d'être connue ; elle peut donner une idée de l'étrangeté et de l'aberration de son esprit ; elle est à la fois un mélange de folie et de raison ; voici quelle est cette pièce :

§ 1er. *Mon diagnostic médical.*

D'après nos traditions de famille, je suis de la race d'Abraham, d'Isaac et de Jacob.

Personnellement, je n'attache aucune importance à cette tradition de famille, mon pauvre père était d'un caractère crédule, simple et naïf. Peut-être s'est-on moqué de lui en faisant remonter son origine presque jusqu'au déluge. En me faisant l'éditeur de ses idées, je n'entends nullement les accepter ni en être responsable. Une chose néanmoins qui est très-certaine, c'est que nos aïeux sont originaires de l'Orient.

Un de nos aïeux, le fameux général persan Roustan, mourut glorieusement et victorieusement sur le champ de bataille pour assurer l'indépendance de sa patrie.

Je montrerai bientôt, et de la même manière, que je ne suis pas dégénéré.

Né dans la Provence, à Roquebrunanne (Var), arrondissement de Brignolles, le 20 décembre 1821, j'ai avec toute la vivacité méridionale, du sang arabe dans les veines, et, en outre, l'irritation nerveuse du poëte, *genus irritabile vatum,* comme dit Horace.

Il a plu, en outre, à Dieu de me douer d'un esprit original, et c'est à ce titre que j'ai fait, de propos délibéré et après y avoir réfléchi, *plusieurs excentricités volontaires* (Voir notamment le journal *la Cloche* du dimanche 14 août 1870, 4e page).

Mais les excentricités *volontaires* ne sont pas de la folie, pas plus que l'irritabilité nerveuse ou la colère légitime.

Je me suis toujours assez bien possédé pour contenir l'une et l'autre dans les bornes de la raison et du bon sens.

Je suis incontestablement un caractère de quelque énergie et en *dehors des voies ordinaires.*

Mal apprécié, j'ai les apparences du fou ; mais l'Evangile, la raison et la justice, c'est-à-dire toutes les lois divines, enseignent qu'il faut juger l'homme non sur de fausses apparences, mais d'après la stricte et saine réalité.

Toutes les lois divines et humaines enseignent encore qu'on ne peut condamner un prévenu sans l'entendre. Or, toutes les fois que les médecins insanistes m'ont faussement apprécié et condamné, ils ne m'ont jamais même, *malgré mes plus vives réclamations,* donné connaissance de leur diagnostic médical pour que je pusse l'apprécier et le discuter.

Telle est la seule cause de la lourde erreur qui est le résultat de la violation d'une loi naturelle et d'une loi positive (le droit sacré de la défense), et ils doivent être punis, même à raison des faits anciens, car en matière d'aliénation mentale et aux termes du Code civil, aucune prescription ne peut courir ; ils doivent, disons-nous, être punis pour attentat à la liberté individuelle, en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, ainsi conçus :

Art. 1382. Tout fait quelconque de l'homme qui porte à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. Tout médecin insaniste est responsable non-seulement du préjudice qu'il cause par sa faute, mais encore par le fait ou l'imprudence des personnes qui sont placées sous ses ordres.

Et ce sera justice.

§ 2. *Mes opinions républicaines.*

Je suis républicain, c'est-à-dire partisan de l'égalité et irréconciliable ennemi des abus de toute espèce.

Une fois acceptée par le peuple, la République, comme la femme de César, doit non-seulement être respectée, mais le soupçon même sur sa durée et sa stabilité, devra être puni comme un crime d'Etat.

Adopter un autre système, c'est créer l'anarchie et le désordre et préparer pour l'avenir le morcellement et la ruine de la France.

La République doit faire au peuple les concessions raisonnables. Mais elle doit traiter sans ménagement les mauvais sujets et les hommes de désordre après les avoir sérieusement avertis.

La République honnête et énergique que je rêve, *ne pourra, contrairement à une fausse opinion qui tend à devenir générale, s'établir sans le concours et l'appui moral du clergé catholique.*

Si M. le docteur Dagonet est pour cette République, je rétracte tout ce que j'ai dit contre lui comme agent secret de la République, *et je lui ferai même donner de l'avancement.*

Asile Sainte-Anne, le samedi 1er octobre 1870.

Le journal *la Cloche* auquel fait allusion M. X... contient en effet à la date du 14 août 1870 l'article suivant, qui donne une idée des actes insensés auxquels M. X... peut être entraîné sous l'influence de certaines excitations :

« Nous recevons la lettre suivante, que nous reproduisons sans commentaires :

A la fin de la séance du Corps législatif d'aujourd'hui vendredi 12 août 1870, j'ai prononcé du haut des tribunes, le discours suivant :

Proclamation faite par le peuple français dont je suis le délégué.

Le Corps législatif tout entier a bien mérité de la Patrie et continue à se trouver à la hauteur des circonstances.

La peine de mort doit être rétablie en matière politique, mais seulement contre les hauts fonctionnaires de l'Etat.

Mort en conséquence au traître et incapable Lebœuf, dont la

démission vient d'être aceeptée par l'empereur. (*Tumulte effroyable.*)

J'ajoute ensuite et à diverses reprises :

Vive l'Empereur, vive le Prince impérial, vivent les généraux; aux armes, à la frontière, union et eoncorde, notre salut est à ce prix .·(*Le tumulte continue.*)

Mort à Bismark, au roi Guillaume, au prince Fritz (*ou frit*) au prinee Charles et au général de Moltke.

Le peuple français offre : dix millions de la tête diabolique de Bismark détaehée de ses épaules ; einq eents franes de celle du pauvre roi Guillaume, futur Empereur de toutes les Allemagnes et de la Chine ; un million de celle du prince Fritz *ou frit* ; un million du prince Charles ; et deux cents francs de la tête vermoulue et déerépite du général de Moltke.

M. Granier de Cassagnae ayant pris eet aete d'audaee pour de l'exeentricité et ayant haussé les épaules en signe de dédain, je l'ai traité de vieille perruque, et lui ai laneé ma carte Je suis à sa disposition.

Voilà toute la vérité sur eet ineident dont on n'a pas compris la portée et qui est un aete très-sérieux et de salut publie, un aete profondément médité et non une excentricité déplorable.

Signé : Fortuné X...

Libraire à Versailles, qui demande à partir immédiatement pour la frontière comme éclaireur volontaire.

Extrait du journal « *la Cloche* » du dimanche 14 août 1870.

M. X..., après sa sortie de l'asile Sainte-Anne, pouvait-il rester tranquille? cela n'était pas probable ; il le serait devenu s'il avait pu rentrer au sein de sa famille, et subir l'influence favorable qu'elle devait exercer sur lui.

A peine remis en liberté, on le voit fréquenter les réunions publiques, où il trouve cet élément d'excitation qui convenait tant à la disposition de son esprit ; c'est aussi pour lui une occasion précieuse de faire parler de lui, de jouer enfin le rôle après lequel il aspire avec tant d'ardeur.

Nous trouvons en effet, dans le journal *le National* du 28 octobre dernier, le compte-rendu suivant d'une réunion des Folies-Bergère.

Le citoyen X... demande la destitution des médecins aliénistes : il a été leur victime pour une cause toute politique, et son existence patriotique lui a été funeste.

L'orateur est de Versailles et expose tous les moyens qu'il avait offerts pour sauver cette ville des Prussiens : détourner les canaux, empoisonner les vivres, etc.

Le citoyen Feray approuve la demande de la destitution des médecins aliénistes, mais il n'est pas d'avis de donner de l'argent pour l'impression de la brochure qu'a faite le citoyen X...

Le citoyen Ulmann demande une quête, non pour la brochure, mais pour le citoyen qui est dans une extrême misère, tout ce qu'il possède étant à Versailles.

Le Président rappelle les quêtes entreprises pour Châteaudun et le canon *La Populace* et dit qu'on ne peut quêter pour des intérêts privés...

Une autre fois, toujours aux Folies-Bergère, M. X... obtient un succès de rire homérique; voici comment le même journal raconte, à la date du 4 nov., l'épisode comique auquel sa présence a donné lieu :

Le citoyen X... arrive armé d'un drapeau enroulé autour d'un manche à balai, il prononce quelques paroles incohérentes en agitant son drapeau qu'il déploie malgré l'opposition du bureau. On peut lire sur cet étendard des inscriptions dans ce genre : Honneur et Patrie, Jésus, Marie, Jeanne d'Arc et Jeanne Hachette, etc...

Le public rit, le président se fâche, à ce point que le citoyen Weil, assesseur, quitte le bureau... M. X... reste impassible au milieu de cette scène burlesque, se bornant à replacer sur ses genoux son fameux drapeau.

Si nous résumons cette longue observation, nous pouvons constater que M. X... est non-seulement un personnage extravagant et excentrique, mais qu'il a été sujet à des accès de véritable folie ; il n'est pas besoin d'être médecin aliéniste pour arriver à une semblable conclusion. Il est, nous le répétons, essentiellement prédisposé à l'aliénation mentale, et les accès d'aliénation qui le surprennent de temps à autre

se présentent alors sous la forme d'une excitation maniaque; ils se caractérisent par de l'incohérence, un excessif besoin de mouvement, de l'insomnie, une grande irritabilité, l'impossibilité enfin de se dominer et de diriger ses actes. Tout cela s'est offert chez lui à plusieurs reprises et particulièrement la dernière fois qu'il a dû être placé à Sainte-Anne.

On pourrait croire, à l'entendre parler avec l'assurance qui le caractérise, qu'il a des convictions politiques; certes il n'en est rien, sa vie tout entière est là pour le prouver. Il est ambitieux seulement et ne cherche qu'à mettre à profit les événements différents qui se produisent. Sous l'Empire, plus impérialiste que l'Empereur, il est sous la République le plus ardent des républicains; demain, s'il le faut, il sera légitimiste, en un mot tout est pour lui matière à exploitation.

Cette absence de convictions réelles tient à la versatilité même de son caractère, et les moyens qu'il emploie pour arriver à ses fins prouvent seulement le désordre de ses idées et l'imprévoyance de son esprit. Il n'a pas été, comme il le proclame bien haut, la victime de son dévouement à telle ou telle cause, autrefois à l'Empire, aujourd'hui à la République; il est tout simplement la victime de ses inconséquences.

Il a d'ailleurs des doutes sur la solidité de sa raison : « Il m'arrive quelquefois, nous dit-il, de douter si j'ai bien ma raison. » On peut en tous cas affirmer qu'il est presque continuellement sur les confins de la folie et qu'il suffit de la moindre cause pour le faire devenir complétement aliéné.

Il est inutile d'ajouter que les égards, les attentions de toutes sortes, les procédés bienveillants employés vis-à-vis de semblables malades sont peine perdue, l'ingratitude forme presque toujours le fonds de leur caractère.

Quoi qu'il en soit, M. X... a été considéré d'une manière très-légitime comme ayant été atteint d'aliénation, et si nous ne l'avons conservé dans notre service que juste le temps prescrit par la loi elle-même pour l'observer, c'est parce que

nous avons pensé qu'il n'avait eu qu'un accès passager de délire maniaque.

Une fois livré à lui-même, nous ne devions pas être étonné de le voir reprendre et ses illusions déraisonnables et ses mêmes habitudes d'exploitation. Il a depuis conçu la singulière idée qu'il pouvait tirer un profit plus ou moins grand de l'événement fâcheux qui lui est arrivé, et qu'il aurait plutôt intérêt à passer sous silence. Loin de là, c'est pour lui une nouvelle occasion de faire du bruit, d'attirer l'attention sur lui, d'ajouter enfin ses déclamations à tant d'autres contre les médecins aliénistes, qui ne peuvent être cause s'il existe de par le monde tant de folies bizarres et plus ou moins dangereuses.

Il nous assigne en police correctionnelle pour nous entendre condamner à 10,000 francs de dommages-intérêts, il nous cite en appel, nous envoie aujourd'hui une nouvelle signification avec opposition au jugement rendu contre lui, nous ignorons quand finiront les poursuites qu'il dirige contre nous.

Son plaidoyer devant le tribunal correctionnel, rapporté par le *Moniteur officiel* du 19 novembre 1870, est empreint d'une originalité et d'une bizarrerie d'idées qui dépeignent suffisamment la disposition de son esprit : il mérite d'être succinctement résumé.

M. X... prend lui-même ses conclusions qu'il développe en ces termes :

Messieurs, mon arrestation a été arbitraire et illégale. Je n'étais pas un fou dangereux, en admettant même les fausses appréciations de la science insano-médicale.

Or, n'ayant jamais compromis ni l'ordre public, ni la sûreté des personnes, je ne devais pas être arrêté.

M. de Kératry, ancien préfet de police, qui a ordonné mon arrestation, a pu croire de bonne foi que j'étais atteint d'aliénation mentale, d'après l'examen de M. Legrand du Saulle, médecin attaché à la Préfecture de police.

Ce médecin est donc le premier et véritable auteur de ma sé-

quéstration arbitraire, le certificat qu'il a délivré est certainement faux et calomnieux. Voici comment j'explique ses fausses affirmations et ses calomnies.

Ce docteur aliéniste a rendu de grands services secrets au gouvernement de Napoléon III d'infamante mémoire. Voyant que j'étais arrêté sur l'ordre du Préfet républicain M. de Kératry, et remarquant à mon dossier une pièce de vers du temps de ma jeunesse naïve et inexpérimentée et qui semblait attester de mon grand dévouement pour l'Empereur, M. Legrand du Saulle a cru se mettre bien avec M. de Kératry en me faisant arrêter sous un prétexte quelconque.

Je suis dès lors autorisé à dire que M. Legrand du Saulle n'est qu'un vil complaisant de toutes les polices impériales, républicaines et autres, qu'il mérite d'être destitué.

En ce qui me concerne, même en me ralliant à l'Empire et prêtant à l'Empereur tous les nobles sentiments qui étaient dans mon âme de jeune homme, je n'ai jamais désavoué mes principes républicains, et c'est sans doute ce qui explique pourquoi le gouvernement de l'Empereur m'a toujours traqué, persécuté, emprisonné et fait saisir, condamner ou prohiber arbitrairement tous mes ouvrages.

Dans ma prophétie au profit de l'Empire je disais à la fin :

> Et moi, que suis-je donc? je suis socialiste,
> Et je me fais honneur d'être inscrit sur la liste
> Des amis du progrès et de l'humanité.

Ainsi il est bien vrai que je n'ai jamais désavoué mes principes républicains.

M. Girard de Cailleux, malgré la sagesse et la netteté de mes réponses, me délivra un certificat à peu près pareil à celui de son confrère M. Legrand du Saulle. Il a cru devoir faire sa cour à M. de Kératry en me faisant passer pour fou. M. Girard, le parti républicain le prouvera un jour, est un grand criminel qu'il faudra livrer à un conseil de guerre et peut-être fusiller.

En ce qui concerne M. le Dr Dagonet, pour le mettre en défaut et lui prouver que j'ai toujours été sain d'esprit, je vais lui lire deux lettres que je lui ai adressées pendant que j'étais à l'asile Sainte-Anne.

La première lettre est imprimée, elle fait partie d'une brochure sur les maisons de santé que je vais publier dans quelques jours.

M. X... explique dans cette lettre que le but de la démarche qu'il avait faite dans Paris dans la matinée du 16 septembre 1870, époque de son arrestation, était de sonder le terrain et de s'assurer, d'après les conseils mêmes de M. le préfet de Versailles, si l'idée de fonder des bataillons sous la protection spéciale de Jeanne d'Arc serait acceptée du public et aurait des chances sérieuses de succès. J'avais en conséquence, dit-il, apporté avec moi l'étendard de Jeanne d'Arc...

« Si le tribunal veut me permettre de lui montrer cet étendard, ajoute M. X... en le déployant, le voici. »

Ce drapeau blanc, ainsi que nous l'avons déjà dit, porte d'un côté, au milieu une croix rouge, comme le drapeau de la Société internationale de secours aux blessés, avec l'exergue : *Paix, liberté, humanité.*

Le plaignant continue la lecture de sa lettre, dans laquelle il s'attache à prouver que son idée n'avait en elle-même rien d'absurde, qu'elle était conforme à l'opinion générale des personnes pieuses.

« Il n'y a, dit-il, que des médecins athées ou matérialistes (le plaignant se tourne vers les prévenus et M. le président l'invite à s'adresser au tribunal) qui puissent voir un commencement d'aliénation mentale dans une tentative faite du consentement du préfet de Versailles. »

« Je vous déclare dès lors, ajoute-t-il plus loin, M. le médecin insaniste, au nom de Dieu auteur de toute justice, et de Jeanne d'Arc, que si vous continuez à me détenir injustement et illégalement, je vous ferai casser, vous et vos confrères qui seraient reconnus professeurs de doctrines athées et matérialistes. Il faut aux personnes atteintes de folie un double traitement, un traitement moral et un traitement physique. Or, vous ne vous occupez que de ce dernier et non du traitement moral qui est l'essentiel, en sorte que vos maisons de santé ne sont, comme dit l'Evangile, que des sépulcres blanchis, dont les dehors ont de très-belles

apparences, et qui au dedans, sont remplies de dilapidations et de pourriture.

« Cette lettre, dit M. X... prouve suffisamment que j'étais sain d'esprit dès les premiers jours de ma détention arbitraire et illégale. Et cette preuve se complète par une autre lettre du 10 octobre 1870, qui est également imprimée, aux pages 21 à 26 de ma brochure. »

Dans cette seconde lettre dont il donne lecture au tribunal, M. X... revient sur les mêmes idées. Il a toujours été sain d'esprit, mais comme il a été examiné légèrement par le médecin de la Préfecture de police, par esprit de confraternité, le médecin de Sainte-Anne continue à le détenir illégalement. Il est temps d'en finir avec le despotisme médical, le plus arbitraire et le plus criminel, et devant Dieu et devant les hommes, de tous les despotismes et de toutes les infamies. Puis viennent encore les déclamations habituelles contre la loi de juin 1838, qui ne donne pas à l'insensé des juges sérieux et le droit de se défendre.

Le plaignant, quant à ce qui concerne M. Bayeux, le directeur de Sainte-Anne, prétend qu'il s'est entendu avec le médecin pour le détenir arbitrairement; il se plaint qu'après sa sortie on l'ait empêché de communiquer avec d'autres malades auxquels il s'intéressait d'une manière particulière et qu'il demandait à voir d'après les principes de la charité chrétienne; car, en admettant même, dit-il, qu'ils eussent une légère tendance à la folie, mes bons conseils et l'influence que j'avais sur eux auraient contribué à les guérir complétement.

L'avocat de la République, auquel la parole est donnée, conclut à ce que la demande du plaignant soit considérée comme mal fondée, attendu que des quatre personnes qu'il ne peut appeler les prévenus, les uns ont délivré les certificats qui leur étaient demandés par M. le Préfet de police sur l'état mental du plaignant, l'autre en qualité de directeur de l'asile n'a fait qu'obéir à l'ordre d'admission qui lui a été donné.

« Alors suivant vous autres, dit M. X..., il n'y a que M. de Kératry qui soit coupable. »

M. le président l'engage à être plus convenable dans ses expressions et à ne plus dire « VOUS AUTRES » en parlant du tribunal.

Le tribunal déclare la partie civile mal fondée dans sa demande par les motifs que les médecins n'ont fait que délivrer les certificats qui leur étaient demandés et que le directeur de Sainte-Anne n'a fait qu'obéir à l'ordre qui lui était donné par le Préfet de police de recevoir le sieur X... à l'asile Sainte-Anne, et condamne ce dernier aux dépens.

M. X..., dont nous terminons l'observation que nous avons cru devoir donner avec quelques détails, est, ainsi qu'on a pu le remarquer, un singulier mélange de folie et de raison. C'est un homme excentrique, souvent exalté et sujet à des accès d'excitation maniaque parfaitement caractérisés; mais c'est aussi un homme d'un esprit astucieux, doué d'une certaine dose d'intelligence, sans cesse à la recherche d'une situation à exploiter et surtout très-audacieux. De semblables individus sont dangereux en ce sens qu'ils vont droit à leur but sans s'inquiéter des obstacles qu'ils rencontrent sur leur chemin et des calomnies qu'ils sèment sur leur route. Tout leur est bon pourvu qu'ils arrivent à leurs fins, et le public qui ne les connaît pas, dont ils cherchent à frapper l'attention et devant lequel ils se posent en victimes, se laisse quelquefois prendre à leurs actes insensés, à leurs déclamations violentes et à leurs écrits ridicules.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LE DIAGNOSTIC

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le docteur J. DROUET

Médecin-adjoint de l'Asile de Ville-Évrard.

(*Suite et fin.*)

Le délire ambitieux est si fréquent dans la paralysie générale, qu'il suffit au médecin de le voir apparaître pour s'inquiéter sérieusement de l'avenir réservé au malade. Cependant les accidents paralytiques ne l'accompagnent ni ne le suivent pas fatalement. De là de grandes difficultés pour distinguer tout d'abord la maladie en présence de laquelle on se trouve, et la nécessité, avant de porter un diagnostic définitif, d'étudier les faits longuement et dans leurs moindres détails. L'observation VI a déjà montré comment la confusion était pour ainsi dire inévitable dans certains cas. Elle s'est produite dans d'autres circonstances où elle s'explique moins facilement, témoin le fait suivant :

Observation XII. — Ch.... Adèle, 38 ans. Blanchisseuse. Cette personne a fait de nombreux excès alcooliques. Au mois de novembre 1868, époque de sa séquestration, elle est examinée à 24 heures d'intervalle par deux médecins qui constatent chez elle un mélange d'idées hypochondriaques, d'idées de persécution et d'idées ambitieuses, des alternatives d'excitation et de dépression mélancolique, des troubles de la sensibilité générale, par moments de l'hésitation dans la parole et un léger tremblement de la langue et des mains. La malade se croit riche; ses enfants ont chacun 3,000 fr. de rentes, dit-elle; elle a écrit l'histoire de sa vie, etc....

En présence de ces faits, l'un des médecins déclare Mme Ch.... dans la période maniaque d'une démence paralytique, tandis que l'autre, plus réservé, quoique à peu près du même avis, pense qu'il y a tout lieu de craindre le début de cette affection.

Voici 27 mois que Mme Ch..... est soumise à notre observation. Nous l'avons presque toujours vue très-agitée. Ses idées ambitieuses ont disparu rapidement ainsi que les troubles de la motilité, mais son délire de persécution s'accuse de plus en plus. A deux reprises, elle a voulu se laisser mourir de faim pour échapper à ses ennemis imaginaires. Dernièrement encore, elle s'est étranglé avec un fil les deux bouts de sein qui se sont sphacélés à sa grande joie, parce que, dit-elle, les ordures qu'on lui fait manger pourront s'échapper avec l'humeur qui s'écoule des plaies!

Mme Ch.... ne présente aujourd'hui aucun signe de la paralysie générale dont elle a pourtant éprouvé quelques symptômes initiaux. Sommes-nous en droit de croire, malgré les phénomènes si caractéristiques du début, que cette maladie n'a jamais existé chez elle? Ne devons-nous pas plutôt penser qu'une rémission partielle a pu survenir, rémission caractérisée d'une part par la disparition actuelle des troubles du mouvement, et de l'autre par la persistance du délire avec affaiblissement intellectuel prononcé?

La mégalomanie proprement dite, c'est-à-dire la forme chronique d'aliénation caractérisée par la prédominance d'un délire ambitieux *systématisé*, se différencie généralement avec assez de facilité de la paralysie générale. Tandis qu'on observe dans cette dernière maladie une satisfaction puérile, des idées de grandeur incohérentes ou contradictoires, des signes de déchéance intellectuelle progressive et rapide, des troubles caractéristiques du côté du mouvement, il ne se manifeste rien de semblable dans la mégalomanie. Les malades suivent avec logique leur idée délirante dans toutes ses conséquences; ils déploient souvent pour convaincre leur entourage beaucoup d'intelligence, et raisonnent juste tout en partant d'un point faux et en arrivant à l'absurde. Leur délire est loin de se géné-

raliser et de varier d'une minute à l'autre comme celui des paralysés généraux à qui on peut faire dire presque au même moment les choses les plus opposées ; il présente au contraire une fixité et un caractère partiel des plus remarquables. Aucun trouble de la motilité ne le complique en général, et si la démence survient comme terminaison, ce n'est que fort tard, ainsi qu'il arrive dans les cas de folie anciens.

La meilleure preuve que je puisse donner de la facilité avec laquelle la paralysie générale et la mégalomanie se différencient l'une de l'autre, est ce fait, qu'après avoir compulsé avec soin 180 observations relatives à ces deux états pathologiques, je n'ai pas eu à relever un seul cas où il y ait eu confusion.

Des difficultés bien plus grandes se présentent quand il s'agit de distinguer la manie chronique avec affaiblissement intellectuel et idées ambitieuses, ou encore la démence avec idées de grandeur persistantes de la paralysie progressive. Ces difficultés sont même insurmontables *en l'absence du commémoratif ou d'une longue observation ;* car c'est alors le temps seul qui peut apporter des éléments de certitude. L'absence des troubles de la motilité, lors même qu'on la constate une fois, ne suffit pas pour éclairer ces cas obscurs. En effet, les troubles du mouvement peuvent faire défaut à un moment donné, bien que la lésion cérébrale soit déjà en voie d'évolution, de même que dans d'autres circonstances également rares le délire peut manquer, bien que la paralysie générale soit très-accusée.

Ces considérations suffisent, je pense, pour élucider les deux faits suivants :

Observation XIII. — Chauvin, 53 ans. Journalier. Antécédents inconnus.

Au moment où cet aliéné est soumis pour la première fois à l'observation médicale (décembre 1869), il se présente avec un délire caractérisé par des idées ambitieuses et un affai-

blissement intellectuel très-considérable, qui ne permet pas de lui faire rendre compte de son passé. On ne remarque chez lui aucun désordre du côté du mouvement, et il est aussitôt considéré comme un *maniaque chronique*. Un peu plus tard, on constate chez lui, outre l'amnésie et l'incohérence, un peu d'hésitation de la parole et du tremblement fibrillaire. Ses idées ambitieuses prennent les formes les plus contradictoires et les plus absurdes. Il prétend un jour être le père de Jésus-Christ, et le lendemain il dit être venu à Paris pour vendre une pendule au ministre de la guerre, qui doit la lui payer douze millions.....

Devant ces symptômes de puérilité et de démence, bien que les signes somatiques de paralysie générale soient peu accusés, on n'hésite plus à reconnaître cette maladie, dont l'observation prolongée jusqu'au 15 juillet suivant a pleinement démontré l'existence.

Observation XIV. — Salanon V... 63 ans. A été traitée à la Salpêtrière dans le service de M. Baillarger.

Depuis le moment de son entrée à Ville-Evrard (février 1868) jusqu'à sa mort en mai 1870, elle donne des signes de démence avec idées ambitieuses. Elle veut être appelée Salanon de Salomon et prétend descendre du roi juif de ce nom. Plus tard, elle prend le titre de reine de Belleville, dit avoir été fiancée à Charles X, puis à Louis-Philippe, avoir été dotée de 800,000 francs par Louis XVIII, avoir habité les Tuileries pendant dix-huit ans, être devenue souveraine des cieux, etc.....

L'ensemble de ces symptômes nous fit tout d'abord considérer Mme S.... comme atteinte de démence sénile. Toutefois, des accidents ataxiques graves qui survinrent ultérieurement et qui se prolongèrent pendant plusieurs mois, joints à un tremblement fibrillaire très-marqué, à de l'embarras de la parole et à de l'inégalité pupillaire, jetèrent quelque doute dans notre esprit et nous amenèrent à penser que nous étions peut-être en face d'une paralysie générale. Cette question est toujours demeurée douteuse pour nous, même après le décès de la malade, dont nous ne pûmes faire l'autopsie.

En effet, l'inégalité pupillaire notée chez elle s'était expliquée avec le temps par les progrès d'une cataracte dont le début avait passé inaperçu et qui s'accusa surtout du côté

gauche. Le tremblement musculaire et le relâchement des sphincters pouvaient être regardés comme des accidents purement séniles, et il était inutile d'invoquer pour leur explication l'existence d'une lésion cérébrale particulière. Nous devions admettre aussi que l'ataxie, bien qu'elle soit une complication plus fréquente de la paralysie générale que de la démence sénile, pouvait co-exister cependant avec cette dernière affection. L'âge de la malade militait sans doute en faveur de la démence sénile; toutefois nous savions que la paralysie générale peut se montrer exceptionnellement dans la vieillesse ainsi que nous en avions, à ce moment même, un exemple sous les yeux, dans la personne d'un vieillard de 61 ans.

En fallait-il davantage pour rendre le diagnostic différentiel obscur? Nous n'y attachions d'ailleurs qu'une importance secondaire vu l'égale incurabilité des deux maladies entre lesquelles nous pouvions hésiter à nous prononcer.

On peut dire d'une manière assez juste que la paralysie générale est une affection primitive dont la marche est fatalement progressive, tandis que la démence est un état secondaire susceptible de durer indéfiniment et consécutif dans le plus grand nombre des cas aux diverses formes de folie ou à des lésions graves du cerveau, telles que l'apoplexie, le ramollissement partiel, etc.....

M. Kraft-Ebing a précisé (1) les principaux signes qui différencient la paralysie générale de la démence sénile compliquée de troubles de la motilité, et nous ne pouvons mieux faire que de résumer ses indications.

Disons tout d'abord avec lui que les considérations tirées de l'âge des malades ont la plus grande valeur, puisque la fréquence de la paralysie générale décroît extraordinairement au-delà de 45 et surtout de 60 ans, tandis que c'est surtout à partir de cet âge que la démence sénile devient commune. Dans cette dernière maladie, les phénomènes symptomatiques suivent une marche bien plus régulière et

(1) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1866.

présentent une stabilité plus grande que dans la première. Chez les paralytiques généraux, l'inégalité pupillaire est fréquente mais très-variable d'un moment à l'autre ; chez les vieillards en démence, au contraire, elle persiste ou s'accroît avec une lenteur pleine de régularité. Les deux maladies débutent en général d'une manière bien différente. L'agitation maniaque coïncide sans doute quelquefois avec l'invasion de la démence sénile ; mais elle ne s'accompagne pas alors des mêmes manifestations impétueuses, du même besoin excessif de mouvement. Tandis que les accès d'excitation se reproduisent rarement dans la démence sénile, ils se répètent même à une période avancée de la paralysie générale, alors que les forces du malade ont déjà considérablement baissé. Dans cette dernière affection, les troubles de la motilité sont généralisés ; ils consistent surtout dans l'incoordination des mouvements et dans des paralysies passagères, tandis que dans la démence sénile ils sont plutôt localisés, n'affectent ordinairement qu'un seul côté, s'accompagnent assez souvent de contractures et ont un caractère de permanence remarquable. Dans la démence sénile, il est extrêmement rare de voir survenir les convulsions épileptiformes, le grincement des dents, le tremblement fibrillaire des lèvres, les congestions répétées vers la tête et surtout les rémissions assez communes dans la paralysie générale. Le délire ambitieux enfin est infiniment plus fréquent dans cette dernière maladie.

Nous avons déjà dit comment l'excitation maniaque pouvait masquer à un moment donné et surtout au début, les symptômes les plus caractéristiques de la paralysie générale. Le diagnostic peut également être obscurci dans la forme dépressive de cette maladie, soit par l'existence d'idées de persécution plus ou moins accentuées, soit par de la stupeur. Le délire de persécution est si rare dans la paralysie progressive que sa seule apparition est capable de jeter du

doute dans l'esprit du médecin. Deux fois, chez des femmes, je l'ai vu se montrer d'une manière assez persistante. Une fois même, il fut considéré pendant plus d'nn mois comme essentiel. En général pourtant, il n'apparaît ni pour longtemps ni avec des caractères sérieux de systématisation. Qu'il existe seul ou qu'il s'allie avec des idées de grandeur, il porte toujonrs avec lui le stigmate propre aux conceptions des déments et je ne l'ai jamais vu tarder beaucoup à se compliquer de troubles de la motilité suffisants pour mettre fin à l'hésitation du premier moment.

Observation XV. — Mme Laporte, âgée de 35 ans, couturière, entre à l'asile le 9 juillet 1868. Dans l'espace d'un mois environ, trois médecins sont appelés à l'examiner, et ils s'accordent pour la déclarer atteinte de *lypémanie avec prédominance d'idées de persécution et de suicide*. Ils constatent en outre chez elle de l'incohérence et des hallucinations de l'ouïe. Ce n'est qu'au mois de septembre, après une période d'agitation violente, que des idées ambitieuses contradictoires apparaissent suivies bientôt d'un tremblement et d'une hésitation de la parole caractéristiques de la paralysie générale. En octobre, il n'est plus permis de conserver le moindre doute sur l'évolution de cette maladie, qui finit en effet par enlever Mme Laporte au mois de mai 1869.

J'ai observé aussi deux cas dans lesquels la stupeur lypémanique, bien que simple au premier abord, n'était cependant pas autre chose que la manifestation initiale d'une lésion organique du cerveau. On verra, d'après leur relation sommaire, que la paralysie, impossible à diagnostiquer dans le premier, pouvait cependant être prévue dans le second.

Observation XVI. — V....., Grec d'origine et paraissant à peine comprendre le français, entre à l'asile au mois de janvier 1870, dans un état de stupeur telle, qu'il est impossible de lui arracher d'autres réponses que les monosyllabes *oui* et *non*. Il passe ainsi près de trois mois sans ouvrir la bouche, nous laissant dans l'ignorance absolue de ses antécédents et du degré d'intelligence qu'il peut avoir conservé. En mai,

on commence à lui faire prendre régulièrement trois fois par semaine des bains d'air chaud saturé de vapeurs résineuses, suivis de la douche froide stimulante et d'un passage rapide à travers la piscine. Au mois d'août ce traitement n'a produit aucun résultat apparent, et on y renonce. V..... n'a pas prononcé dix paroles depuis son arrivée à Ville-Evrard.

La même stupeur persiste jusqu'au mois d'octobre suivant. Elle est alors remplacée sans cause appréciable par de l'agitation violente. Il faut camisoler le malade, qui frappe ceux qui l'entourent. On remarque qu'il se livre avec fureur à la masturbation et bientôt il présente les signes de la paralysie générale. Cette affection est arrivée (avril 1871) à un degré très-avancé. Inégalité pupillaire, embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres et des doigts, démarche vacillante, congestions cérébrales répétées, malpropreté, amaigrissement cachectique, etc. Aucun trait ne manque au triste tableau. Le malade parlant à peine français, il nous est impossible de vérifier directement l'état de son intelligence; mais nous observons qu'il est incapable de retrouver sa place au dortoir et au réfectoire, qu'il faut prendre soin de lui comme d'un enfant, qu'il ne connaît pas ceux qui vivent avec lui et qui l'habillent même quelquefois, etc.... Nous ne pouvons donc pas douter qu'il soit tombé dans la démence.

Observation XVII. — Milliot (Eugénie), couturière, âgée de 30 ans, se présente à nous au mois d'octobre 1868, dans un état marqué de stupeur qui permet pourtant de noter chez elle de l'hésitation de la parole, quand elle consent à répondre brièvement aux questions qu'on lui adresse. Ce symptôme joint à un léger frémissement des lèvres, de la langue et des doigts, paraît de mauvais augure. Ce n'est toutefois qu'au mois de février suivant que la paralysie générale peut être diagnostiquée avec certitude, alors que nous voyons apparaître des crises épileptiformes suivies d'agitation, et, bientôt après, des signes non douteux de la démence.

C'est dans cet état d'incurabilité que Mlle Millot a été transférée à l'asile d'Orléans, le 4 mai 1870.

C'est principalement avec certaines formes d'aliénation mentale produites par l'intoxication alcoolique que la paralysie peut être confondue. Nous avons pu relever jusqu'à 34 cas de ce genre.

Tel aliéné soumis à l'observation des aliénistes les plus compétents est considéré par l'un d'eux comme un *alcoolique*, et par l'autre comme un paralytique général. Souvent, dans l'espace de quelques jours ou de quelques semaines, suivant la prédominance de tels ou tels phénomènes essentiellement mobiles, leur opinion varie. Celui qui avait cru d'abord à la paralysie générale se rattache à l'idée d'alcoolisme et *vice versa*. Il arrive encore, et nous pourrions en citer plusieurs exemples, que les mêmes malades soient classés, à des moments divers et avec autant de raison, parmi les lypémaniques ou les maniaques avec prédominance d'idées ambitieuses.

Quelles raisons donner à tant d'hésitation, et comment expliquer cette étrange fluctuation du diagnostic ? C'est, à notre avis, que les observateurs se trouvent en face de deux variétés d'une maladie unique à laquelle ils donnent des noms différents suivant la prédominance de tels ou tels symptômes, et même suivant l'importance plus ou moins grande qu'ils attachent à son étiologie.

Tantôt ils sont principalement frappés par la cause du mal : *l'alcoolisme ;* tantôt il se préoccupent surtout de la phase terminale plus ou moins probable par laquelle la maladie doit passer : la *paralysie générale ;* tantôt enfin ils pensent surtont à l'excitation ou à la dépression du moment. De là diverses appellations impropres d'une seule et même maladie.

L'autorité scientifique des médecins dont nous avons compulsé les certificats ne pouvant pas être contestée un instant, une seule hypothèse nous reste pour expliquer leurs dissentiments, c'est celle d'une lacune dans la science médicale de l'époque.

L'étude attentive des 34 faits dont il nous reste à parler nous a conduit à penser que, pour obéir aux lois d'une classification naturelle des maladies mentales, il y a lieu de réunir sous une même dénomination et de considérer comme

parfaitement similaires un très-grand nombre de cas de paralysie générale et de d'alcoolisme chronique avec désordres du côté de la motilité. Il n'y a point là deux maladies distinctes, et rien n'autorise à les décrire séparément.

Disons tout d'abord que la confusion tient en grande partie à l'inexactitude des termes employés par les spécialistes de nos jours. Le mot *paralysie générale*, en effet, est tout aussi impropre pour désigner une entité pathologique que le mot *alcoolisme* pour en désigner une autre. La paralysie générale n'est qu'un symptôme (très-important il est vrai) d'une maladie du système nerveux central susceptible de se révéler par un grand nombre d'autres signes dont l'ensemble est pathognomonique. L'alcoolisme n'est et ne peut être qu'une cause de maladie.

Sous ces appellations diverses se cache, à notre sens, une affection unique, organique et *sui generis* du système nerveux central, aujourd'hui démontrée par de nombreuses recherches faites avec le secours du microscope. Si cette affection se traduit par des troubles de la sensibilité générale, de l'amnésie, de l'incohérence, de l'affaiblissement des facultés mentales, de l'inégalité pupillaire, de l'hésitation de la parole, du tremblement de la langue et des mains, si elle se complique des hallucinations et illusions caractéristiques de l'alcoolisme, si l'intoxication préalable des malades par les boissons fermentées est prouvée, s'il n'existe pas d'idées ambitieuses et si enfin l'affaiblissement de la motilité n'est pas encore marqué, les médecins hésitent et avec raison à diagnostiquer une paralysie générale, c'est-à-dire en réalité un symptôme qui fait défaut. Ils s'en tiennent alors au terme d'alcoolisme chronique. Mais si les symptômes paralytiques viennent s'ajouter aux autres signes précédemment énumérés, ou si la maladie se complique de délire d'optimisme, ils se retrouvent d'accord pour affirmer l'existence de la paralysie générale.

C'est donc l'intensité plus ou moins grande de certains accidents symptomatiques qui leur sert de criterium. Il suffit de l'apparition plus ou moins caractérisée des seuls phénomènes paralytiques pour faire varier l'expression de leur diagnostic, sinon leur diagnostic même.

En pathologie, cette manière de voir ne saurait être admise. Pour nous, les accidents paralytiques sont bien des symptômes de la prolifération nucléaire anormale qui se fait dans la substance cérébrale et médullaire, mais ils le sont au même titre que les attaques épileptiformes, la chorée, la démence et les idées ambitieuses ou hypochondriaques..... Si les phénomènes paralytiques ont une plus haute valeur que les autres au point de vue de la diagnose, c'est à leur fréquence plus grande qu'ils le doivent et à ce qu'ils représentent le *summum* d'intensité du mal. Ils peuveut manquer exceptionnellement sans qu'il y ait lieu de douter pour cela d'une lésion du système nerveux central, dans le cas où l'ensemble des autres signes et la marche spéciale de la maladie l'indiquent.

Comment croire d'ailleurs à l'existence de deux affections si voisines qu'elles semblent à l'œil le plus exercé se transformer à tout instant l'une dans l'autre? Comment admettre que ces maladies aient tant de points de contact qu'il soit, pendant des périodes fort longues, impossible de les distinguer l'une de l'autre? N'est-il pas plus logique de croire dans ces cas à une seule affection organique variant dans ses manifestations extérieures, suivant qu'elle se localise dans telle et telle partie de la substance nerveuse cérébrale et médullaire, suivant que ses progrès sont plus ou moins avancés et suivant qu'elle dérive de telle ou telle cause ?

Sans doute, dans beaucoup de cas dits d'alcoolisme chronique, les malades guérissent ou du moins ne succombent pas dans la cachexie ultime qui termine si fréquemment la paralysie des auteurs. Mais ce détail ne prouve qu'une seule

chose : la disparition possible des éléments histologiques accidentels qui s'étaient interposés entre les cellules et les tubes nerveux, ou leur persistance dans un état stationnaire compatible avec un certain reste de vitalité chez l'individu (1). Pareille chose s'observe dans la plupart des maladies. Quand deux patients ont présenté les mêmes symptômes, les médecins n'hésitent pas à reconnaître qu'ils ont été atteints de la même affection, par cela seul que l'un d'eux a guéri, et que l'autre a succombé. La même remarque peut s'appliquer aux cas dits d'alcoolisme chronique avec affaiblissement de la motilité et de l'intelligence comparés avec les cas de paralysie des auteurs.

Notre opinion se rapproche ici, jusqu'à un certain point, de celle du docteur Blandfort. Pour lui, la distinction clinique qui existe entre plusieurs formes d'aliénation (l'alcoolisme chronique entre autres, et la paralysie générale) peut être comparée à celle qui se remarque entre diverses tumeurs, dont les unes sont malignes et dont les autres n'entraînent pas fatalement la mort. Dans les deux cas, les tissus ont tendance à s'éloigner plus ou moins de leur constitution histologique normale. Si cette tendance est forte, la tumeur est de mauvaise nature ; si elle est faible, on peut dire que le mal est relativement benin. Il en serait ainsi pour les cas mal définis qui nous occupent, dans lesquels le délire d'optimisme et les accidents ultimes de la paralysie progressive des auteurs font généralement défaut.

(1) Ces éléments surajoutés en comprimant telles ou telles cellules nerveuses produisent les symptômes les plus variés, mais surtout des symptômes de paralysie intellectuelle, sensorielle et museulaire. S'ils viennent à disparaître par résorption, la guérison du malade peut suivre. S'ils persistent, ce qui est le cas le plus commun, ils entraînent avec le temps la transformation graisseuse ou l'atrophie de la substance grise. Le rétablissement des fonctions nerveuses est alors absolument impossible puisque l'organe n'existe plus.

Il nous reste pour justifier ces idées, à montrer jusqu'à quel point les symptômes propres aux cas d'alcoolisme chronique dont nous parlons sont analogues à ceux de la paralysie générale. Cette partie de notre tâche est facile et nos remarques se fondent sur un très-grand nombre d'observations.

La paralysie générale est le résultat, dans la grande majorité des cas, de congestions cérébrales répétées à la suite desquelles elle s'aggrave progressivement. La réplétion sanguine des vaisseaux comprimant la substance nerveuse fait naître les premiers phénomènes paralytiques et l'affaiblissement de l'intelligence ; l'irritation causée par l'afflux sanguin excessif provoque le délire et l'exaltation. Or, l'abus des stimulants alcooliques est une cause presque continue de congestions cérébrales. Il doit donc en résulter des effets analogues. Aussi Bayle a-t-il écrit : « L'ivresse qui, au lieu d'être un état passager deviendrait permanente, ne serait autre chose que l'aliénation paralytique. L'homme ivre est gai, content et heureux; rien ne lui manque ; il a de la force, du courage, du talent ; souvent il se croit riche et opulent ; ses propos sont incohérents ; il est exalté et loquace ; en même temps sa langue est embarrassée ; il prononce avec lenteur et en bégayant ; sa démarche est mal assurée et vacillante. N'est-ce pas là le tableau des paralytiques aliénés au premier degré ? » Cette comparaison nous paraît très-fondée.

Dans l'alcoolisme chronique comme dans la paralysie générale (maladie également chronique), les facultés mentales et la mémoire en particulier sont très-affaiblies ; il en résulte une conscience incomplète des actes, du désordre dans les idées et de l'incohérence. La céphalalgie, la pesanteur de tête, les étourdissements, l'engourdissement général, l'irritabilité sont des phénomènes fréquents dans les deux cas. Dans les deux cas aussi, on peut noter des crampes, des fourmillements dans les membres, du mouvement vermicu-

laire de la langue, du tremblement des lèvres et des doigts, de l'embarras de la parole, une démarche de moins en moins précise, des paralysies locales passagères, des attaques épileptiformes, des mouvements choréiques, de l'inégalité pupillaire et un affaiblissement plus ou moins considérable de la sensibilité générale et spéciale. Dans les deux cas enfin, nous avons pu constater du délire maniaque, lypémaniaque et hypochondriaque.

Les principaux signes différentiels sont d'une part la plus grande fréquence du délire de satisfaction et des idées ambitieuses dans la paralysie générale, d'autre part l'existence assez commune des hallucinations et illusions terrifiantes dans l'alcoolisme chronique avec accès subaigu. Celles-ci disparaissent d'ailleurs assez rapidement lorsque l'intelligence s'affaiblit.

Ces différences sont-elles assez radicales pour permettre de croire dans la plupart des cas à deux maladies distinctes? Nous ne le pensons pas. Nous croyons que cette légère diversité dans les symptômes ne prouve qu'une chose : la possibilité pour le système nerveux central d'être lésé ou modifié plus ou moins partiellement suivant que les influences morbides sont restreintes ou portées à leur *summum* d'énergie. Si la paralysie générale a paru douteuse d'abord, cela tient à ce que ses symptômes étaient peu prononcés ; quand ils viennent à s'accuser davantage, il est bien plus rationnel d'admettre une aggravation qu'une transformation de la maladie primitive.

En pratique, du reste, la distinction est impossible à faire. Reposant sur une appréciation subtile des phases et des formes diverses d'une seule et unique affection, elle ne peut conduire qu'à former des groupes morbides arbitraires dont les nuances fugitives réclameraient pour être étudiées et comprises le secours d'un instrument grossissant. Nous n'en voulons pas d'autres preuves que les 34 cas dans lesquels la confusion a eu lieu. Nous en rapporterons

seulement quatre ici pour ne pas allonger outre mesure ce mémoire, et il nous suffira de dire que les trente autres ne sont pas moins démonstratifs.

Observation XVIII (1). — Delâtre, 37 ans.

« Accès de delirium tremens. Agitation furieuse. »

Dr A..., 5 février 1869.

« Paralysie générale, suite d'excès alcooliques. »

Dr B..., 6 février 1869.

« Delirium tremens. »

Dr C..., 11 février 1869.

« Paralysie générale. »

Dr C..., 25 février 1869.

Le malade est, en effet, mort de cette maladie à la fin du mois de juin suivant.

Observation XIX. — Baehr, 50 ans, relieur.

« Démence paralytique avec dépression mélancolique. »

Dr A..., 5 septembre 1868.

« Alcoolisme chronique avec accès subaigu ; hallucinations terrifiantes ; tremblement de la langue et des mains; incohérence ; affaiblissement des facultés. »

Dr B..., 6 septembre 1868.

« Alcoolisme chronique. »

Dr C..., 23 septembre.

Le malade sort guéri le 28 juin suivant.

Observation XX. — Hantz Jean, 48 ans, journalier.

« Delirium tremens déjà en voie de décroissance. »

Dr A..., 19 juin 1868.

« Alcoolisme chronique avec hallucinations terrifiantes, désordre dans les idées et dans les actes ; hésitation de la parole ; tremblement de la langue et des mains. »

Dr B..., 20 juin 1868.

« Manie alcoolique. »

Dr C..., décembre 1868.

« Démence paralytique. »

Dr C..., juin 1869.

Cette dernière maladie est aujourd'hui tout à fait hors de doute.

Observation XXI. — Lhomme Gabriel, 40 ans, tanneur.

« Alcoolisme chronique avec affaiblissement des facultés,

(1) Nous ne donnerons ici que les diagnostics avec leurs dates.

perte de la mémoire, indifférence sur sa situation, tremblement léger de la langue et des mains. »

Dr A..., 20 mars 1869.

« Alcoolisme chronique. »

Dr B..., 6 février et 31 décembre 1869.

Le 22 février 1870, attaques épileptiformes violentes et répétées qui ont failli emporter le malade. Alternatives d'hébétude et d'agitation.

« Démence paralytique. »

Dr B..., mars 1870.

Cette dernière maladie est maintenant incontestable.

Magnus Huss a prétendu que l'alcoolisme chronique et la paralysie générale se distinguaient entre elles par leur marche et surtout par leurs complications. Sans doute, dans l'alcoolisme chronique, les maladies du foie et en particulier la cirrhose sont bien plus fréquentes que dans la paralysie générale survenue en dehors de l'influence alcoolique ; mais cette particularité qui tient seulement à la cause première du mal, *l'intoxication*, ne prouve en aucune façon qu'il y ait une différence radicale entre les lésions cérébrales et les symptômes nerveux observés dans les deux cas.

Nous nous arrêtons ici quoiqu'il reste encore beaucoup à dire, nous promettant de reprendre quelques-unes des propositions précédentes lorsque nos études anatomo-pathologiques seront venues leur donner la sanction que nous en attendons. Elles seules peuvent, en fin de compte, démontrer d'une manière irréfutable que les troubles symptomatiques si variés dont nous avons parlé jusqu'ici, tiennent à une seule lésion histologique, toujours la même dans sa nature intime, mais plus ou moins répandue dans les divers organes nerveux dont l'ensemble constitue le système cérébro-spinal.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL D'AUGUSTE HOSSARD

INCULPÉ D'INCENDIE VOLONTAIRE

(PARALYSIE GÉNÉRALE DE CAUSE ALCOOLIQUE)

par le Dr Henry BONNET

Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Mayenne.

Je soussigné, docteur Henry Bonnet, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de la Mayenne, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal de Mayenne, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Hossard (Auguste), inculpé d'incendie volontaire, et de dire si le dénommé jouissait du libre exercice de ses facultés lors de la perpétration du crime, ai prêté serment au Palais de justice, pris connaissance des pièces de la procédure, examiné l'individu et rédigé en mon âme et conscience le rapport ci-dessous.

Fait.

Le 29 août, vers une heure et demie d'après-midi, sur le chemin vicinal de Champéon à Marcillé, au village des Russeries, le feu prenait à une barge de paille appartenant à la veuve Belozière.—Une jeune fille qui passa dans le chemin aperçut un homme, le nommé Hossard, à genoux contre le talus à l'endroit où le feu avait pris.— A sa vue, ce dernier se

jeta sur le feu pour l'éteindre ; il ne put y réussir, et il prit le chemin de son village.

Le lendemain, Hossard était venu à Mayenne, où la gendarmerie l'a arrêté.

M. le juge d'instruction, d'après les renseignements pris sur l'individu et d'après son observation personnelle, a pensé devoir le soumettre à un examen médico-légal pour constater son état mental, et l'inculpé a été mis à ma disposition le 26 septembre.

Comme d'habitude, dans ces sortes d'investigations, j'ai voulu tout d'abord laisser de côté toutes les pièces de la procédure et faire l'examen direct de l'inculpé. — De cette façon, et en dehors du fait incriminé, j'ignore complétement les antécédents, et je me prémunis moi-même contre un entraînement involontaire.— Ce n'est que lorsque je suis avancé dans mon observation personnelle, que je dépouille les documents commémoratifs, que j'établis mes comparaisons, que je cherche la filiation des choses et que j'arrive à déduire ce que je crois être la vérité.— On verra plus tard que mon examen, abstrait de tout renseignement, s'accorde de tout point avec les éléments fournis par le dossier, et que les symptômes qui se manifestent pour moi chez l'individu se lient intimement avec les éléments de l'enquête testimoniale. — Cette enquête eût pu de prime-saut me mettre sur la voie ; j'ai préféré voir si je pouvais remonter jusqu'à elle sans m'en séparer, et l'expérience m'a donné raison.

Je n'ai pas seul observé l'inculpé. Il a été confié aux gens sous mes ordres qui devaient me rendre compte de ses paroles, de ses actes, de toute son attitude générale en un mot, tant la nuit que le jour. — Le résultat de cette observation continue de leur part a été corrélatif du mien ; et je dois noter qu'ils ne raisonnaient qu'avec leur simple bon sens et leur habitude, distraits de toute appréciation purement médicale.

Observation directe.

Hossard entre le 26 septembre à l'Asile de la Roche-Gandon et est placé à l'infirmerie sous une surveillance spéciale. — Il ne paraît pas trouver extraordinaire qu'on l'amène ici; le lieu où il est et les personnes qui l'entourent n'éveillent chez lui aucun sentiment spécial. — L'examen général de tout l'individu dénote quelque chose de passif qui frappe tout d'abord, mais qui demande à être examiné.

Il se trouve bien, dit-il.— On lui sert à manger; mais il prend peu d'aliments et il a quelques nausées, même du vomissement. « Cela lui arrive quelquefois depuis un an, ajoute-t-il, mais il faut bien que cela se passe. »

Le sommeil n'est pas bon, et l'inculpé nous raconte qu'il y a déjà longtemps qu'il dort mal et qu'il était obligé de se relever la nuit.

Il est tranquille ; ses actes n'offrent pas d'agitation.—Son visage est animé par instants de mouvements spasmodiques, et, quand il parle, on remarque des fibrillations des muscles indépendantes de sa volonté. — En dehors d'un bégaiement habituel on peut noter un empâtement de la langue et une hésitation spéciale dans le langage articulé. — Les pupilles se contractent mal et offrent une légère inégalité.

Je ne rapporterai pas ici toutes les conversations que j'ai eues avec Hossard ; quelques-unes me paraissent suffisantes pour laisser voir de quelle façon il faut le juger.

28 *septembre.*

D. Comment vous appelez-vous?

R. Hossard.

D. De quel pays êtes-vous ?

R. De Champéon.

D. Êtes-vous marié?

R. Oui.

D. Êtes-vous dans de bons termes avec votre femme?

R. Je sais pas comme on est.

D. A quoi travaillez-vous?

R. Dans les champs.

D. Avez-vous encore vos parents?

R. Je crois que j'ai ma mère.

D. Demeure-t-elle avec vous?

R. Je sais pas si elle y est encore. « Faudra bientôt, dit-il, partir pour la Cour d'assises. »

D. Pourquoi dites-vous cela? Vous avez donc fait quelque chose?

R. Oui, j'ai mis le feu à une barge de paille.

D. Pourquoi avez-vous mis le feu ?

R. Oh! j'en sais rien.

D. Mais on ne met pas le feu sans savoir?

R. Fallait que je sois saoûl ou fou.

D. De quelle manière avez-vous mis le feu?

R. Je me rappelle seulement pas. — On dit que c'est avec des allumettes.

D. A qui appartient la barge de paille?

R. Je me rappelle plus trop.

D. Sur quel chemin?

R. Aux Russeries.

D. A quelle heure avez-vous mis le feu?

R. C'est l'après-midi, je crois.

D. Vous deviez bien penser qu'à cette heure de la journée tout le monde vous verrait. Vous n'avez pas pensé à cela?

R. Non.

D. Comment avez-vous mis le feu?

R. Je me rappelle pas.

D. D'où veniez-vous quand vous avez mis le feu?

R. De Marcillé.

D. Vous êtes-vous arrêté au cabaret?

R. Je crois bien que oui.

D. En quittant l'auberge avez-vous pris le chemin de chez vous?

R. Oui.

D. Pourquoi reveniez-vous si tard?

R. Ma femme ne devait pas être là.

D. A qui appartient la barge de paille?

R. A..... (il hésite, ânonne). Oh! que c'est bête de ne pas se rappeler.

D. Y avait-il beaucoup de paille ?

R. Je ne me rappelle pas. Je vais me lever ; je suis foutu dans le lit ; je vas faire un tour dans la cour.

D. Mais vous avez mal au pied, et vous savez bien que c'est pour cela que vous restez au lit.

R. Eh bien, je vas point me lever.

D. Qu'est-ce qui vous a fait la plaie que vous avez au pied?

R. Le feu.

D. De quelle façon ?

R. En voulant l'éteindre.

D. Pourquoi vouliez-vous éteindre un feu que vous veniez de mettre ?

R. Parce que.....

D. Parce que quoi ?

R. Cela me déplaisait.

D. Pourquoi ?

R. Je n'en sais rien.

D. N'avez-vous pas vu quelqu'un qui vous a surpris ?

R. Je m'en rappelle seulement pas.

D. Quand vous avez mis le feu, vous êtes-vous éloigné ou êtes-vous resté ?

R. Je m'en suis venu.

D. Mais, puisque vous vous en retourniez chez vous, vous êtes donc revenu sur vos pas pour éteindre le feu ?

R. Je ne sais pas ce qui s'est passé.

D. Voyons, dites comment vous avez mis le feu ?

R. Je vas pas raconter puisque je me rappelle pas.

D. Avez-vous quelque chose qui vous tourmente maintenant

R. Parce que j'ai mal à mon pied ; cela ne se passe point.

D. Mais, vous disiez tout à l'heure que vous iriez en Cour d'assises ; cela ne vous tourmente point ?

R. Ah ! ils le savent bien, les juges ; vous allez m'en demander plus que je n'en sais.

D. Est-ce que vous en vouliez à la femme dont vous avez brûlé la barge de paille ?

R. Ma foi ! non, je ne lui en ai jamais voulu.

D. Qui a éteint le feu ?

R. Je n'en sais rien.

D. Après avoir essayé d'éteindre le feu, qu'avez-vous fait ?

R. Je m'en ai allé.

D. Et puis après ?

R. J'ai dormi.

D. Quand vous êtes-vous réveillé ?

R. Je n'en sais rien.

D. Êtes-vous sorti le lendemain ?

R. Je suis allé à Mayenne.

D. Qu'y alliez-vous faire ?

R. Je n'en sais trop rien.

D. Qu'est-ce que vous avez pensé quand les gendarmes vous ont arrêté ?

R. Qu'est-ce que vous voulez que je pense ?

D. Vous ne voulez pas nous dire pour quel motif vous avez mis le feu ?

R. Puisque je ne sais pas.

D. Vous avez l'habitude de boire, peut-être ?

R. J'aime bien un coup.

D. Avez-vous bon appétit ?

R. Je ne mange pas bien, y a quelque chose à mon estomac qui ne va pas.

D. Dormez-vous bien ?

R. Nenni.

D. Que faites-vous alors ?

R. Faut bien me promener dans la place.

D. Y avait-il autour de vous des personnes qui étaient vos ennemis ?

R. Ouah !

D. Voyez-vous parfois des choses extraordinaires ?

R. Oh ! mais oui, toutes sortes de choses.

D. Quoi ?

R. Des mouches..... du monde d'aucun..... des choses qui font peur.

Pendant toute cette conversation, la physionomie est calme, mais dévoile beaucoup de passivité mentale ; on voit nettement que les sensations sont obscures ou nulles, que l'activité cérébrale est en baisse ; ses réponses sont plutôt le reflet de la pensée de l'interlocuteur que d'une perception propre et bien définie chez lui. — Comme je l'ai déjà dit, les pupilles sont inégales et leur contraction difficile ; l'embarras de la parole, sans être continu, est très-tangible par instants ; le langage articulé, en dehors du bégaiement naturel, est tremblotant et s'accompagne de fibrillations de la face, et, en particulier, de l'orbiculaire des lèvres, dont le caractère spécial ne saurait, à mon avis, être d'un diagnostic douteux. — La sensibilité spéciale n'offre rien de particulier ; la sensibilité générale est fortement émoussée.— Ces remarques particulières avaient déjà frappé mon interne, et, avant que je n'aie appelé son attention sur ce point, son opinion s'était faite dans le même sens que la mienne ; nous avions affaire à une paralysie générale dont la cause, que nous soupçonnions, se retrouverait au dossier, et dont l'origine ne devait pas être éloignée.

3 *octobre.* — Le sommeil est peu régulier, mais dépourvu d'agitation.—L'appétit est défectueux ; quelques nausées se présentent par intervalle, dont il ne s'émeut pas. — Il est fort doux. —Il passe ses journées sans aucune préoccupation, ne parle pas et répond puérilement et d'une façon défectueuse si on lui adresse la parole. — Son allure générale enfin dénote l'automatisme et l'on continue du reste à

voir, d'après l'interrogation, qu'il y a des lacunes considérables dans le travail de la pensée et que les sentiments qu'on cherche à éveiller s'exécutent mal par eux-mêmes et disparaissent à peine éclos.

D. Êtes-vous toujours satisfait d'être ici ?

R. Tout à fait.

D. Pourtant, vous devez penser à votre femme, à votre famille ?

R. Non.

D. Seriez-vous plus content d'être en prison qu'ici ?

R. Je ne peux pas savoir.

D. Vous savez bien pourtant que vous avez mis le feu.

R. Oui.

D. Eh bien, on punit toujours ceux qui commettent ce genre de crimes.

R. Dam! s'il faut punir, on punira.

D. Cela ne vous préoccupe pas ?

R. Non.

Il avait une jambe malade qui est guérie depuis plusieurs jours; il ne demande pas à se lever et reste passivement au lit. — On lui fait la remarque qu'il pourrait se lever.

R. Je veux bien aussi, si on veut.

On ne lui fait plus d'observations à ce sujet de tout le reste de la journée ; il continue de rester dans son lit, montrant la plus grande indifférence sans rien d'affecté, et attendant qu'on lui offre ce dont il peut avoir besoin. — De temps en temps on le voit se livrer à des monologues. Il a évidemment des hallucinations qu'on ne peut saisir, dont l'éclosion et la disparition sont promptes, mais qui, quoique difficilement tangibles, n'existent pas moins.

6 *octobre.* —Même attitude générale. — Parole embarrassée ; mouvements fibrillaires involontaires de la face.—Le système musculaire en général offre de l'adynamie. — Les mouvements ne sont pas toujours réguliers. — Emoussement de la sensibilité.

Il ne s'est pas encore levé; nous lui en faisons l'observation.

R. Je suis bien comme ça; je porte de partout.

D. Seriez-vous content de ne plus être ici ?

R. Je peux pas m'en aller.

D. Si je vous renvoyais, où iriez-vous?

R. Chez moi.

D. Oui, mais comment le juge d'instruction et le procureur impérial s'accommoderaient-ils de cela?

R. Dam! je sais pas. Qu'est-ce que vous voulez qu'ils disent?

D. Pourquoi vous garde-t-on?

R. Je n'ai pas toujours été à la messe.

D. Vous vous êtes plaint hier qu'on ne vous donnait pas d'eau à boire. Vous en a-t-on donné?

R. Un peu.

D. Voulez-vous retourner près de votre femme?

R. J'aime encore mieux que vous me donniez du pain?

D. Voulez-vous lui écrire?

R. Si vous voulez!

D. Mais vous ne savez pas écrire?

R. Ah! dam! non.

D. Eh bien! comment ferez-vous?

R. Je ne peux pas savoir.

Je ne continue pas de raconter tout au long cette conversation, où l'on peut saisir pertinemment la lenteur, l'inexactitude ou l'absence des perceptions, l'assimilation imparfaite ou nulle de ce qu'on lui dit, l'instabilité et l'obscurité de la mémoire, le peu d'appréciation de sa situation, l'indifférence morale.

7 *octobre*. — Indifférence des plus placides et dénuée de toute affectation; sa passivité est toute naturelle et se rapporte parfaitement à certains types d'obtusion que nous avons l'habitude de voir chaque jour. — Observé sans qu'il s'en doute, il offre le même automatisme dans son habitude extérieure que dans son langage.

D. Vous deviez vous lever?

R. Je ne demande pas mieux.

D. Avez-vous quelque chose qui vous préoccupe?

R. Non.

D. Aimez-vous mieux être ici qu'en prison?

R. Puisque je peux pas m'en aller.

D. Ce n'est pas moi qui vous en empêche?

R. Oh! Alors je vas rester.

D. Désirez-vous quelque chose?

R. Oh! ma fine non.

8 *octobre.*—

D. Vous plaisez-vous toujours ici?

R. Ça galope.

D. A quoi pensez-vous dans la journée?

R. On me donne de la soupe; j'ai bien ce qu'il me faut. — Oh! j'ai pas à me plaindre.

D. Vous ne demandez pas à vous en aller?

R. Je peux pas.

D. Cela ne vous fait rien?

R. Oh! on me donne bien ce qu'il me faut et je ne peux rien dire.

D. Vous êtes toujours au lit. Il faudrait vous lever et vous distraire un peu?

R. Je suis bien porté comme ça.

Il veut entendre par là que son corps est bien étendu.

D. Décidément je ne veux plus vous trouver au lit. Il faudra vous lever et vous promener un peu.

R. Comme vous voudrez, j'aime bien à dormir.

Rien dans sa physionomie et son allure n'exprime que la quiétude et l'obtusion.— A n'importe quel moment il est toujours aussi passif que lorsqu'on l'interroge. — Attitudes très-paresseuses. — Ne cherche à rien faire, n'exprime rien, accepte tout comme cela vient.

10 *octobre.* —

D. Savez-vous où vous êtes, ici?

R. Non.

D. Pensez-vous à votre femme et à vos parents ?

R. Non , je suis bien ici.

D. Mais votre femme et vos parents doivent être bien chagrins.

R. Pourquoi cela?

D. Vous rappelez-vous pourquoi vous avez été arrêté ?

R. Ah ! oui, je m'en méfie.

D. Vous savez bien que vous avez mis le feu.

R. Oui.

D. Pourquoi ?

R. Je n'en sais rien.

D. En vouliez-vous aux personnes ?

R. Non.

D. Pourquoi alors ?

R. J'étais peut-être saoûl.

D. Regrettez-vous ce que vous avez fait ?

R. Je ne sais pas ce que j'ai fait. Donnez-moi à boire.

D. Vous aviez l'habitude de beaucoup boire.

R. J'aime bien un verre d'eau-de-vie.

D. Pourquoi ne mangez-vous pas bien ici ?

R. J'ai mal à l'estomac.

D. Y a-t-il longtemps ?

R. Je ne sais pas; je ne me rappelle pas.

En effet, il a peu d'appétit, mange machinalement et sans goût ce qu'on lui donne ; ses digestions sont longues et quelquefois pénibles, un peu moins cependant que dans les premiers jours qu'il était ici.

11 *octobre.* — Mêmes attitudes passives; est complétement indifférent à sa situation. — Désordre machinal dans l'habillement.

D. Vous voilà levé aujourd'hui.

R. Oui; je suis bien content.

D. On voit que vous êtes très-satisfait d'être avec nous.

R. Oh ! pour ça, je ne manque de rien.

D. Vous devez avoir quelque chose de particulier à me dire sur vos affaires, vos parents.

R. Je voudrais bien aller à la fenêtre pour voir s'ils passent.

D. Mais vous savez bien que la fenêtre ne donne pas sur la rue.

R. Cela ne fait rien.

D. Alors promenez-vous dans les appartements comme vous voudrez.

R. Je le veux bien.

12 *octobre.* — Mêmes allures apathiques, puériles. — Il ne cherche à causer avec personne et ne fuit personne; il répond quand on lui parle et d'une façon qui indique la déchéance des sensations et d'une perception juste. — Il ne manifeste aucun désir, est satisfait de sa situation.

D. Vous ne vous ennuyez pas toujours ?

R. Pourquoi que je m'ennuierais?

D. Vous occupez-vous à faire quelque chose ?

R. La sœur me fait faire de la charpie, j'aime bien cela.

D. Mais vous êtes cultivateur ; n'aimeriez-vous pas mieux cultiver la terre ?

R. Oh ! dam, non.

D. Vous allez paraître en Cour d'assises, vous savez cela ?

R. Dam ! j'y peux rien.

Je puis clore ici mon observation directe qui me renseigne suffisamment sur l'état mental d'Hossard. — Je vais maintenant passer en revue les commémoratifs qui me sont fournis par les pièces de la procédure, et vais tâcher d'y trouver l'origine des choses ainsi que la cause déterminante de l'incendie du 26 août 1869.

Commémoratifs.

Dans les commémoratifs que je vais succinctement passer en revue, je retrouve toutes les conditions de causalité qui ont produit la maladie dont est atteint Hossard. J'y trouve les

phénomènes primordiaux qui ont successivement amené l'expression symptomatique finale, et je peux voir que le jugement que je m'étais créé d'après l'observation directe, abstraction du dossier, concorde de tout point avec ce dernier, spécialement pour la cause morbide déterminante d'un acte entaché de culpabilité.

Tous les témoins en général s'accordent à dire qu'il a l'esprit faible.

Le père et la grand'mère d'Hossard ont toujours eu la tête faible, et le père a été réellement fou avant son mariage.

Le curé de la commune (et cet ecclésiastique habite depuis trente-deux ans Champéon) déclare que l'inculpé a toujours été depuis son enfance le jouet de tout le monde. Il le juge comme ayant les instincts très-portés au mal et manifeste de grandes craintes à son sujet.

Tout en étant bizarre, Hossard avait eu une existence assez régulière, laborieuse même avant son mariage effectué il y a dix-huit mois. — Tout à coup il s'est dérangé, est devenu, sans motif aucun, ivrogne habituel, et c'est depuis un an surtout qu'on signale dans sa vie des extravagances dont la teinte porte un cachet spécial. — Ces extravagances n'ont fait que croître jusqu'au mois d'août 1869 ; il est facile d'en suivre la marche ascendante.

Nous voyons, par exemple, qu'un dimanche du mois de juillet 1869, c'est-à-dire peu de temps déjà avant le crime imputé, Hossard s'est précipité la tête la première dans une douve sans que rien ait pu faire présumer une idée de suicide de sa part. Il est plus que certain même que ce n'était pas une idée de suicide, et que nous n'avons affaire là qu'à un simple désordre maniaque, car il est sorti de l'eau de lui-même avec l'aide du témoin Fouquet, et plusieurs personnes étant arrivées sur les lieux eurent beaucoup de peine à calmer son animation et à le décider à rentrer chez lui. — Le vicaire de la paroisse croit pouvoir dire qu'il n'était pas ivre à ce moment.

Un cousin germain d'Hossard dépose que, dans les temps qui précèdent l'acte imputé, il était devenu souvent agité, provocateur, passant rapidement d'une chose à une autre, ne pouvant tenir en place. — Il faisait chez lui un continuel tapage, et le témoin a été plus de vingt fois appelé pour rétablir l'ordre ; une fois il s'est vu forcé de l'attacher dans son lit.

Le témoin Plard rapporte qu'Hossard a toujours été très-bizarre, et que son état habituel d'ivrognerie faisait souvent dévoyer sa raison.

La femme Guillardeau déclare que ce n'était pas un homme tout à fait comme un autre, qu'il aimait à parler de choses vagues et qui ne le regardaient point. — Ce serait surtout depuis un an que les habitudes d'ivrognerie auraient pris un caractère invétéré.

Le nommé Guillardeau l'a toujours connu d'un caractère très-faible et incapable d'opposer la moindre défense à un agresseur quelconque.

Marie Chatelier, femme de l'inculpé, raconte que son mari n'est pas comme une autre personne ; elle pense bien qu'il n'a pas sa tête à lui. Il est sans cesse à courir et jamais on ne le voit à la maison ; il passe quelquefois trois ou quatre nuits de suite dehors. — Elle signale qu'un jour *où il n'était nullement ivre il croyait voir devant lui des animaux effrayants*. — Une autre fois, dans un accès, il fut obligé de changer quatre fois de chemise parce qu'il avait déchiré la sienne trois fois de suite. — Elle relate d'autres actes de fureur instantanée que rien ne motivait.

La mère cite des faits d'extravagance très-catégoriques. Dans un moment de colère frénétique, et sans raison plausible initiale, il déchire ses vêtements et se met tout nu en présence de plusieurs voisins accourus au bruit. — Voulant un jour aller à confesse, il se rend à l'église et sonne la cloche à toute volée pour appeler le curé. — On finissait par avoir peur qu'il fît un mauvais coup, et on cachait les outils.

Les réponses d'Hossard à un premier interrogatoire devant M. le juge d'instruction ont assez de précision, mais elles sont plutôt l'écho de la demande que le produit d'une compréhension nette et d'un jugement sain ; la conscience est engourdie.

Dans un autre interrogatoire devant le même magistrat, il reconnaît que c'est bien avec les allumettes qu'on a ramassées sur le lieu du crime qu'il a mis le feu ; il ne sait pas au juste comment, il cherche à s'excuser, puis il ne maintient pas ce qu'il dit. — Le souvenir est loin d'être toujours durable, fixe et parfaitement défini par lui.

Dans son interrogatoire du 25 septembre 1869, se révèlent des actes de la vie de l'inculpé empreints de bizarrerie et d'incohérence, ayant un rapport de voisinage plus ou moins éloigné avec l'ivrognerie. — Il a des réponses singulières et n'ayant pas toujours de rapport avec les questions posées.

Trois faits pour terminer.

On a trouvé bizarre que l'inculpé ait acheté chez le buraliste de Marcillé une boîte d'allumettes au lieu d'allumettes en brosse dont se servent les paysans, et on semble y voir une préméditation. L'explication est très-aisée à donner au point de vue où je pense qu'il faut se placer.

Un témoin qui a rencontré Hossard peu de temps avant le crime près du bourg de Marcillé a assuré qu'il ne lui a pas paru ivre.

D'après tous les renseignements, et d'après Hossard lui-même, aucun motif d'animosité n'existait contre la famille Delorière dont la barge de paille a été brûlée, et les relations avec cette famille n'ont jamais été mauvaises.

Discussion.

Au premier abord le cas de l'inculpé pouvait sembler très-délicat. Rien d'étonnant à ce que, en présence de singularités diverses, d'absence de motifs du crime, de réponses

parfois précises, d'une placidité continue et d'une certaine conscience des choses, l'esprit du magistrat ait été en suspens. Le doute en effet peut venir dans la forme mentale que présente Hossard ; c'est surtout dans le degré morbide auquel il est arrivé, et principalement à l'initium, qu'on peut flotter indécis quand on n'a pas l'habitude de l'observation des divers genres de maladies mentales, et spécialement de leur mode terminal.

Il n'est pas toujours facile de préciser la démence, mot qui comprend en droit tous les genres de folie, mais qui signifie en technologie aliéniste la fin d'un délire aboutissant à l'incurabilité. Les modalités diverses qui ont apparu dans l'entendement et le moral, la momentanéité de la pensée qui disparaît à peine éclose, la puérilité, la fugacité des impressions, l'indifférence, l'absence de sentiment de soi-même et de sa situation, l'absence de détermination, la confusion et la disparition de la mémoire, un cercle de fatale routine dans lequel se meut le raisonnement, le manque de tenue, la passivité des actes sont autant de signes qui servent à faire reconnaître l'occlusion graduelle des facultés.

Que voyons-nous chez l'inculpé ? — La lenteur ou l'absence des perceptions, une assimilation imparfaite ou nulle de ce qu'on lui dit, l'instabilité ou l'obscurité de la mémoire, la nullité d'appréciation de sa situation, la disparition des sentiments affectifs. — Son allure, ses actes, toute son habitude extérieure enfin sont en relation directe avec ce que dévoile l'examen des facultés ; tout annonce l'affaissement des qualités mentales, l'obscurcissement des sentiments moraux, le néant de la conscience. — Point d'apprêt chez lui, point de contrainte. Il est ce qu'il est et ce qu'il continuera davantage d'être, c'est-à-dire en déchéance formelle.

Si nous entrons dans le domaine des phénomènes organiques, nous les voyons marcher de pair avec les phénomè-

nes mentaux. — Hossard a le visage vergelé, les pupilles inégales et difficilement contractibles, des mouvements fibrillaires spéciaux, de l'empâtement et de l'hésitation du langage articulé, de l'adynamie, de l'anesthésie cutanée. C'est un paralysé général non encore très-avancé, mais qui va peu à peu progresser.

Avant d'avoir vu le dossier, les imperfections de son sommeil, les irrégularités ou le manque d'appétit, la viciation du goût, les nausées et les vomissements au moment des repas sans que la région hypogastrique accuse rien dans les intervalles, m'avaient fait supposer, en tenant également compte des signes énoncés plus haut, que j'avais affaire à un alcoolisé.

Le dépouillement du dossier m'a fait voir que je ne m'étais pas trompé et j'y ai retrouvé les causes de la maladie avec sa marche pathognomonique.

Hossard est né dans de mauvaises conditions. Il y a de l'hérédité chez ses ascendants, et le vice congénial l'a atteint. Si ce n'est point un imbécile, dans le sens médical du mot, c'est un homme qui a toujours eu une certaine simplesse d'esprit.

Il a pu jusqu'à un certain moment et tant qu'il n'y avait pas de causes excitatrices d'ébranlement pour son organisation, résister aux conditions prédisposantes. — Malheureusement il s'est mis à boire, et, dès le début, il a sombré. — Aussi le voit-on peu à peu s'exciter davantage ; sa sensibilité s'émousse ; son humeur devient irritable ; il passe tour à tour de la craintivité à la fureur. Il a des impulsions insolites, comme par exemple de se jeter dans une douve, qui est plutôt, comme je l'ai dit, un effet de désordre d'actes maniaques qu'une tendance au suicide proprement dite. Il a des hallucinations et ces hallucinations terrifiantes sont celles qui sont ordinaires à l'intoxication alcoolique. Il subit des colères instantanées et des irrésistibilités d'agitation que rien ne motive et auxquelles succède une torpeur trom-

peuse. Il ne peut tenir en place, il dort mal ; l'appétit est défectueux et l'estomac supporte difficilement les aliments. Quand il a bu, l'exacerbation maniaque est dans toute sa vigueur ; et quand il reste sans boire, on signale des faits de véritable délire qui prouvent manifestement que l'imbibition alcoolique a exercé son action funeste sur les centres nerveux, dont le rendement physiologique, tant au physique qu'au moral, ne peut avoir une raison d'être conforme à la normale des choses.

Ce n'est donc pas à l'ivresse et aux actes qui en dépendent que nous avons affaire, mais à un véritable empoisonnement qu'on peut suivre pas à pas depuis son origine.

Comme dans l'incubation alcoolique, le mal s'est montré peu à peu. Sitôt qu'Hossard a eu changé ses habitudes laborieuses et de sobriété, nous voyons un changement se produire dans ses qualités intellectuelles ; son caractère, ses sentiments, ses goûts ont changé, et il a pris en totale aversion les personnes qui devaient lui être le plus chères. Il n'y a plus qu'indécision, incohérence dans les actes, contrastant parfois avec un jugement d'apparence raisonnable, mais dénué de stabilité et que viennent dominer des soudainetés de colère, de la perversion instinctive, de la propulsion aveugle alternant avec de l'affaissement ; et tous ces termes sont les facteurs essentiels de l'intoxication alcoolique. — Tous les renseignements inscrits dans nos commémoratifs prouvent que depuis longtemps déjà la maladie était chez Hossard en pleine période d'état, que la volonté était subjuguée, qu'il lui était impossible de résister à l'étreinte morbide. Il est fâcheux, à mon avis, qu'on n'ait pas pensé plus tôt à le faire examiner et à provoquer un internement devenu nécessaire, et je trouve que toutes les personnes de l'entourage doivent s'estimer fort heureuses d'en avoir été quittes pour un incendie, car l'alcoolisme, avec les symptômes signalés chez l'inculpé, s'accompagne bien plus souvent de meurtre.

Abandonné sans aucun frein à ses habitudes, Hossard a vu une plus grande perturbation s'accomplir de jour en jour dans ses facultés innervatrices, et à la période maniaque qui pouvait permettre encore une certaine virtualité a succédé la décroissance physique qui, si elle détruit la spontanéité normale et rend l'homme automatique, n'empêche point cependant, par instants qu'on ne peut prévoir, des réactions de propulsion regrettable.

Comme chez tous les déments, il y a chez Hossard l'affaissement ou la nullité des conceptions, l'indétermination des actes, un état machinal, l'absence ou l'instabilité de mémoire, l'impuissance de l'exercice libre de soi-même.

On a trouvé bizarre qu'il ait acheté chez le buraliste de Marcillé une boîte d'allumettes au lieu d'allumettes en brosse comme d'ordinaire en achètent les paysans, et on est parti de là pour voir une préméditation accentuée dans ce fait. — Ce ne serait point pour moi une raison de préméditation criminelle conforme à une volonté libre. — Hossard a vu cette boîte sur le bureau du marchand, et il l'a achetée machinalement, sans savoir pourquoi il achetait celle-là plutôt qu'une autre. — Cet acte est parfaitement corrélatif des déterminations automatiques de l'inculpé et se relie très-bien avec la passivité et le défaut de toutes ses qualités mentales.

Il n'était pas ivre au moment où il a commis le crime, et il a eu une propulsion, en commettant son acte, dont il ne peut se rendre compte à lui-même, et qui est fatale aux troubles d'innervation que produit l'intoxication alcoolique bien établie.

Dans un interrogatoire devant M. le juge d'instruction, il y a une certaine précision dans ses réponses. — Hossard sent un peu, paraît prendre conscience; mais je n'attache à cela aucune importance; ce sont de ces réveils passagers qui n'ont aucun caractère de fixité, et l'on se tromperait étrangement, à mon avis, si on voulait en faire un point de

repère d'éléments de certitude de l'intégrité de l'esprit ; ce sont des intermittences très-fugitives, qui ne doivent rien faire préjuger et ne sauraient impliquer que la raison existe.

En résumé, l'inculpé a commis un crime sans motif, sans émotion, sans chercher à se cacher et d'une façon ridicule, en plein jour, sur un chemin très-fréquenté, sans essayer de se soustraire aux poursuites ; il n'a été guidé par aucun instinct librement malveillant, et n'a été mû que par une propulsion involontaire dont je crois avoir indiqué la genèse. Je ne puis donc attribuer l'acte imputé qu'à l'aliénation.

Conclusions.

1° Lors de l'incendie reproché à Hossard, ce dernier était atteint depuis longtemps déjà d'aliénation mentale, caractérisée par un délire général chronique causé par l'intoxication alcoolique.

2° Dans l'acte, Hossard a été mû par une propulsion instantanée dont il n'avait pas conscience.

3° Il est actuellement en démence et atteint de paralysie générale au début.

4° J'estime que son état mental lui refuse l'exercice d'une détermination libre, et que sa place doit être dans un Asile d'aliénés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 26 juin 1871. — Présidence de M. le professeur Lasègue.

M. le docteur Morel et M. le docteur Dumesnil, membres correspondants de la Société, assistent à la séance.

M. le docteur Watkins, commissaire-inspecteur du service des aliénés en Californie, y assiste également et est invité à prendre place parmi les membres.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Legrand du Saulle demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, afin de réparer une omission qu'il a commise, dans la dernière séance, lorsqu'il a parlé des particularités morales et psychologiques présentées par les varioleux de l'ambulance de Bicêtre.

Aux autres souffrances et causes d'aggravation que ces malades ont eu à supporter, il convient d'ajouter, dit-il, l'insomnie, non pas l'insomnie classique de la variole, mais l'insomnie provoquée par le bruit incessant du canon.

Les batteries prussiennes établies à Bagneux et à Châtillon tonnaient continuellement contre nos lignes; de notre côté, le fort de Bicêtre, les redoutes de Villejuif, des Hautes-Bruyères, du Moulin-Saquet répondaient de leur mieux au feu de l'ennemi. De l'hospice de Bicêtre, situé comme on le sait immédiatement en arrière du fort de Bicêtre, on entendait tous les coups, et les malheureux varioleux qui y étaient traités en si grand nombre pouvaient à peine dormir.

Cet inconvénient se manifesta dès les premiers temps du siége, mais il acquit son *summum* d'intensité pendant la période du bombardement, et surtout pendant le mois de janvier. Alors, les détonations étaient tellement continues et multipliées que nos malades furent parfois pendant 8 ou 10 jours dans l'impossibilité absolue de goûter un instant de sommeil.

Cette cause d'insomnie persistante, implacable, à laquelle rien ne pouvait les soustraire, provoquait chez eux un énervement extrême, une sorte d'agacement nerveux indéfinissable, une véritable excitation intellectuelle.

C'est une complication de plus à ajoutor à celles qui, comme les privations de toutes sortes, la dépression nostalgique, le froid, l'absence de combustible, etc., ont concouru à aggraver l'épidémie.

Correspondance et présentations.

M. le docteur DE LAMAESTRE, médecin en chef de l'asile de Bailleul, et M. le docteur BOUTEILLE, médecin adjoint de l'asile de Pau, récemment nommés membres correspondants de la Société, lui adressent des lettres de remercïements.

M. BOURDIN, présent à la séance, remercie verbalement la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

M. MOREL présente à la Société un exemplaire imprimé de son rapport annuel sur le service médical de Saint-Yon. Dans ce rapport, l'auteur, élargissant le cadre ordinaire des documents de ce genre, a abordé, avec certains développements, l'étude de plusieurs des questions théoriques et pratiques relatives au traitement des aliénés.

M. le Président annonce à la Société que l'un de ses membres, M. le docteur LUNIER, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, en raison des services qu'il a rendus dans les ambulances de la Presse pendant la guerre. Il présente à cette occasion, à M. Lunier, les félicitations de ses collègues.

Modification à l'ordre du jour.

Au moment où l'ordre du jour devait amener la reprise de la discussion sur l'action thérapeutique du bromure de potassium, M. BILLOD demande à la Société s'il ne serait pas à propos de remettre de nouveau cette discussion et de donner la parole à ceux des membres présents qui auraient quelque communication à faire sur l'influence exercée par les événements récents, soit sur l'aliénation mentale proprement dite, soit sur les conditions d'existence des asiles d'aliénés.

MM. MOREL et LEGRAND DU SAULLE appuient cette proposition, se disant prêts si la Société le désire, à lui faire des communications sur ce qu'ils ont été à même d'observer.

M. LUNIER. Mon intention est de présenter, à la Société, un travail d'ensemble sur ce qui s'est passé, pendant la durée de la guerre, dans tous les asiles d'aliénés; je réunis des documents dans ce but, mais ils ne me sont pas encore tous parvenus, et ceux que j'ai déjà sont loin d'être complets. Mon opinion est que pour qu'un travail de ce genre puisse être fait

utilement, un délai de plusieurs mois est indispensable ; car à bien des égards, et notamment en ce qui concerne la proportion des admissions dans les asiles, les effets d'événements comme ceux dont la France vient d'être le théâtre, se manifestent, non pas d'une manière immédiate, mais au contraire après coup et avec une certaine lenteur. Je pense donc que la Société ferait bien de remettre l'étude de la question à une époque plus éloignée.

Après quelques observations de M. le Président et de différents membres, la proposition de M. Billod, en ce qui concerne seulement les orateurs prêts à parler de suite, est mise aux voix et adoptée.

Communications relatives à l'influence exercée par la guerre sur l'aliénation mentale et le service des aliénés.

M. Morel prononce un discours, où il insiste surtout sur le délire panophobique et sur sa plus grande fréquence, par suite de la crainte de l'invasion prussienne et des angoisses de la guerre. (Ce travail sera publié dans le prochain numéro.)

M. Bourdin. — La recherche des causes est, sans contredit, l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie en général, et de la pathologie mentale en particulier. On entend bien affirmer que telle ou telle influence est cause de telle ou telle maladie, mais ces affirmations ne sont pas équivalentes à des preuves ; tant s'en faut.

Notre collègue M. Billod, en soulevant la question de l'influence des événements politiques récents sur la production des accidents cérébraux, s'est contenté de poser le problème. A nous de le résoudre, si cela est possible.

En ce qui me concerne, je crois que les événements, de quelque nature qu'ils soient, ont une action secondaire dans la production des maladies mentales. Ces événements agissent efficacement quand ils trouvent un terrain préparé ; autrement ils restent sans effet.

L'action pathogénique des grandes commotions publiques opère sur la forme, non sur le fond des maladies. Un homme habitant le département de la Haute-Saône, se trouvant poursuivi par des cavaliers prussiens, fut pris d'une terreur si profonde qu'il mourut avant l'arrivée de l'ennemi. Cette mort peut-elle être attribuée à une terreur spéciale, que, dans ce cas, on appellerait la terreur prussienne? Evidemment non ;

toute cause capable de produire une peur violente aurait produit le même effet sur cet homme.

Pour montrer l'influence vraiment productrice des événements que nous venons de traverser, il faudrait fournir la preuve que ces événements ont déterminé des formes pathologiques spéciales. Or, notre ami M. Morel a vainement essayé cette démonstration. Il nous parle d'un délire auquel il donne le nom de panophobie. Soit, mais ce délire existait avant les événements chez la plupart des malades dont il rapporte l'histoire.

Les graves commotions qui ont frappé notre nation manifesteront-elles leurs effets sur les enfants déjà conçus et qui n'ont pas encore vu le jour? Avec Pinel, avec Esquirol, avec les grands observateurs de la fin du siècle dernier, M. Morel le croit; et dès aujourd'hui il signale à l'attention des observateurs de l'avenir cette condition d'hérédité qui menace les enfants à naître de la génération présente. M. Morel me paraît dans le vrai, au point de vue de l'observation pathologique. Mais si les craintes de M. Morel se réalisent, cela ne prouvera nullement l'action spéciale, et pour ainsi dire spécifique, de la guerre étrangère et de la guerre civile, sur la production des maladies mentales.

Je suis d'avis qu'il y a lieu d'être très-réservé dans l'appréciation des causes des maladies. On a affirmé, par exemple, que le suicide était devenu plus fréquent pendant la période de guerre civile que vient de traverser Paris. Si le fait est vrai, et je m'en rapporte au témoignage de M. le docteur Decaisne (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, page 271, 19 mai 1871), il faut chercher la cause de cette augmentation, non dans la « terrible épreuve que nous traversons » mais tout simplement dans une cause très-naturelle et bien différente. Il résulte, en effet, de mes propres recherches que le nombre maximum du suicide coïncide, tous les ans, avec le solstice d'été, et le minimum avec le solstice d'hiver. J'ai le premier constaté ce fait, sans l'expliquer.

M. Morel. En ce qui concerne la recrudescence de suicides signalée par M. Bourdin, il y a lieu de tenir compte du développement excessif des excès de boisson, à Paris, durant les derniers événements; et l'on sait que l'alcoolisme, dans ses différentes formes, conduit fréquemment au suicide.

M. Baillarger. Esquirol a rapporté dans ses ouvrages, et je lui ai entendu dire que ce n'est pas pendant le temps de la

Terreur que les cas de folie se sont multipliés ; cette fréquence ne s'est produite qu'après la Terreur, alors que le danger était dissipé et qu'une détente salutaire avait succédé à la crise terrible qui avait pesé sur la France. Nous observerons sans doute quelque chose d'analogue, et si la fréquence de la folie augmente, cette augmentation pourra se faire sentir après la guerre plutôt qu'elle ne l'a fait pendant la guerre elle-même.

M. Delasiauve. La plus grande fréquence du suicide pendant les mois des grandes chaleurs peut, d'une manière générale, être attribuée à la plus grande fréquence de l'intoxication alcoolique pendant cette période de l'année. C'est du moins ce que j'ai constaté maintes fois dans mon service de Bicêtre.

Quant à la diversion apportée à l'explosion des maladies mentales par les grandes émotions morales, les causes de violente suractivité intellectuelle, c'est là un fait très-ordinaire; il ne s'observe pas seulement dans les crises générales qui intéressent la société tout entière, mais aussi dans les cas purement individuels. Je puis citer l'exemple d'une dame qui, excessivement impressionnée par la nécessité de soutenir un procès en séparation, conserva toute sa lucidité et toute sa vigueur morale tant que le procès dura et qu'elle dut soutenir la lutte, mais qui, aussitôt après avoir gagné sa cause, fut, malgré son succès, atteinte d'un accès de folie.

De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871.

I

M. Legrand du Saulle. Il n'est rien qui fasse plus vite son chemin dans le monde qu'une appréciation fausse. L'esprit humain, comme s'il avait pour l'erreur une sympathique attraction, n'oppose qu'une résistance débile à la lutte ouverte contre les préjugés. Et cependant, bien qu'ils portent sur beaucoup de choses des jugements égarés, les hommes se mettent volontiers à la recherche du vrai : le bon sens les guide non vers celui qui flatte et trompe, mais vers celui qui avertit et éclaire. Il ne faut donc pas hésiter à battre en brèche les opinions inexactes, surtout lorsqu'elles sont accueillies par tous avec la plus inconsciente docilité. La contradiction illumine un débat, prépare les solutions pacifiques et scelle les durables alliances.

On croit généralement et l'on répète sans cesse que les événements politiques exercent une influence très-marquée sur le développement de la folie, entraînent une élévation considérable du chiffre des aliénés et conduisent aux catastrophes cérébrales les plus inattendues. C'est là une erreur. Les révolutions et les émeutes ne frappent que l'intelligence des individus prédisposés, et ne font que précipiter l'échéance d'une infortune qui devait entrer dans les choses prévues. Une cause efficiente tout autre que la chute d'un trône ou que la fusillade de la rue aurait identiquement produit le même résultat. Les grandes perturbations sociales n'ont point d'action désastreuse sur les facultés intellectuelles d'une nation, parce qu'elles n'ont qu'une durée temporaire. De 1847 à 1854, il est entré à l'hospice de Bicêtre un nombre égal de malades, eu égard aux oscillations connues de la population parisienne à cette époque. Dans un établissement renfermant mille aliénés, M. Morel n'en a trouvé que cinq, de 1848 à 1856, que l'exagération des idées politiques avait menés tout droit à l'aliénation mentale. « Encore faut-il faire la part, dit-il, des sentiments exaltés et des théories fausses qui avaient depuis longtemps troublé leur raison. » Que M. Belhomme ait déclaré avoir observé quelques cas de folie en 1848, à la suite des émotions politiques, je le sais et je le concède, mais ses malades appartiennent à la grande classe des prédisposés.

Des auteurs ont émis cette opinion, que lorsque de graves événements venaient à bouleverser la face des sociétés, on pouvait voir, en vertu de l'effet salutaire des crises, des guérisons absolument inespérées de névropathies, et ils ont affirmé que l'on en avait observé des exemples probants en 1789 et en 1848. Il est possible que certains individus amollis par la vie facile, l'oisiveté et la richesse, se soient soudainement relevés ; il est possible que des existences frêles, chagrines et traversées par des accidents nerveux, soient devenues robustes et saines à partir du jour où l'infortune s'est appesantie sur elles ; mais comment proclamerait-on que les défaillances physiques et morales trouvent un remède dans le malheur et puisent de l'énergie dans les larmes? Les faits exceptionnels, je les note, mais je passe outre.

Pour imprimer sur le cerveau humain une tache pathologique, il faut plus qu'une commotion politique : il faut une altération lente, continue et progressive de l'éducation, des habitudes et des mœurs publiques; il faut des surexcitations

passionnelles prolongées, des dépenses excessives d'activité cérébrale ou des vices crapuleux. C'est alors que, sous l'influence de ces causes perturbatrices, les fonctions du système nerveux se modifient et se dépravent, que la folie éclate et que le suicide augmente.

Si les cas d'aliénation mentale se sont accrus depuis trente ans en France dans la proportion la plus inquiétante, il convient de l'attribuer à l'éducation relâchée, au mode vicieux d'instruction, à l'absence de toute croyance, au défaut de tout sens moral dans la littérature, au culte de l'égoïsme, à la convoitise des jouissances matérielles, à la soif de l'or, aux spéculations effrénées, aux inquiétudes incessantes résultant d'une position commerciale très-tendue, aux jeux de Bourse, aux modifications subites dans l'état des fortunes et des personnes, aux appréhensions de l'avenir, aux progrès constants de l'alcoolisme et aux raffinements honteux de la débauche. Il n'en faut pas tant pour diminuer le niveau mental d'un grand peuple, pour voiler ses aspirations généreuses, pour dénaturer ses tendances traditionnelles, pour dessécher sa fibre chevaleresque, et surtout pour multiplier de plus en plus dans ses rangs les naufrages intellectuels.

Je veux toutefois faire la part des événements politiques, et je reconnais que pendant les grandes crises sociales, le délire porte l'empreinte des idées, des émotions et des orages du jour; que la guerre, la défaite, l'occupation ennemie, le pillage, le bombardement, la famine, l'émeute et l'incendie peuvent conduire à la terreur, et que la terreur communique aux troubles de la raison une couleur spéciale. Aussi vais-je tenter la description des particularités psychologiques qu'il m'a été donné d'observer, pendant la triste et calamiteuse année qui vient de s'écouler, au dépôt de la Préfecture, c'est-à-dire à la première clinique cérébrale de l'Europe.

II

Au lendemain de la bataille de Reischoffen, la France tressaille de douleur, d'orgueil et d'espérance. Notre armée est battue, elle s'est couverte de gloire, elle peut se relever!

Le désastre de Sedan et la marche des troupes prussiennes sur Paris jettent aussitôt une alarme profonde dans toute la population *extra muros* du département de la Seine. Les familles, déjà très-troublées par le rappel des anciens militaires de vingt-cinq à trente-cinq ans, et privées la plupart de leurs

défenseurs naturels, s'abandonnent entièrement aux partis les plus extrêmes que conseille la peur, prêtent l'oreille aux bruits les plus sinistres et les plus absurdes, et demandent en vain au calme de la nuit un repos qui les fuit. On disait et on répétait alors que les Prussiens, à leur arrivée dans une localité, s'emparaient des hommes valides et les plaçaient en avant de leurs lignes; qu'ils saccageaient les habitations et qu'ils y mettaient le feu, qu'ils outrageaient les femmes, qu'ils égorgeaient les enfants et les vieillards, etc., etc.

En deux ou trois jours, les habitants des environs de Paris essayent de mettre en lieu sûr tous leurs objets les plus précieux, s'ingénient à trouver des cachettes, et, comme s'ils s'étaient tous donné le mot, ils enfouissent le linge et les vêtements dans la cave; ils enterrent les provisions les moins encombrantes du ménage au pied d'un arbre du jardin; ils déposent l'argenterie dans la plus sombre anfractuosité de la cheminée, et, s'alarmant mutuellement, ils déplacent bientôt leur butin pour le placer ailleurs et le replacer autre part encore. Ils finissent par ne plus se souvenir des endroits qui recèlent telle ou telle de leurs valeurs! Le trouble des esprits est à son comble. Les uns — et c'est le plus petit nombre — sont silencieux, navrés, froidement résignés; les autres, exaltés par la douleur, crient, vocifèrent, maudissent les envahisseurs, s'agitent et sont incapables de faire le plus insignifiant préparatif; ceux-ci pleurent, se lamentent, gémissent, répètent constamment les mêmes paroles, regrettent d'avoir trop vécu et appellent la mort; ceux-là sont tremblants, ont peur de tout, sont effarés, s'attendent à tout, et, véritables victimes d'illusions sensoriales, ils croient entendre le pas des chevaux des éclaireurs, le tintement sinistre du tocsin ou le sifflet de l'avant-garde ennemie, et s'imaginant qu'ils vont être pris et passés immédiatement par les armes, ils courent se cacher dans quelque coin obscur. A ce moment, on observe quelques cas de suicide aigu.

A partir des premiers jours d'août jusqu'au 15 septembre 1870, le chiffre des individus atteints ou soupçonnés de folie fléchit sensiblement au Dépôt municipal des aliénés. La population, on vient de le voir, passe par toutes les préoccupations et par toutes les angoisses; les commissaires de police ont moins de temps à consacrer aux enquêtes sur les malades, et ajournent les cas les moins pressants; les jeunes hommes appelés à faire partie des levées extraordinaires se mettent en route; le

mouvement des affaires se suspend tout d'un coup, et tous les rouages sociaux s'arrêtent à la même heure.

La clinique cérébrale commence à se modifier, et le contingent habituel de nos hôtes perd déjà sa physionomie traditionnelle. Nous recevons, par exemple, des alcoolisés aigus, dont l'âge oscille entre dix-sept et vingt-deux ans ! Ces jeunes ouvriers se sont trouvés sans ouvrage ou se sont enflammés à la patriotique pensée de la défense du drapeau national. Ils ont trop fêté leur départ, ou ils ont cherché trop de consolations à leur tristesse. L'expectation, quelques bains et un repos de trois jours suffisent le plus souvent pour rappeler l'état normal.

Suivons le cours des événements.

III

Paris est investi. La garde nationale s'exerce à toute heure dans les rues au maniement du fusil ; elle s'équipe, elle s'arme, elle va monter sa faction aux fortifications. L'excitation intellectuelle est générale, l'activité se dépense en démarches mal combinées, en discours inutiles, en oisiveté professionnelle coûteuse, en boissons exagérées. L'ouvrier lit les journaux, ne travaille pas, boit le montant de sa solde et entame ses économies. La femme et les enfants sont au logis ou errent dans les rues, la gêne menace, la misère se prépare.

Les sergents de ville et les gardes de Paris ont disparu depuis le 4 septembre. La garde nationale se charge de la police intérieure de la grande ville, et elle arrête des individus à mine douteuse qui rôdent auprès des fortifications. La foule les prend pour des espions prussiens, et leur fait parfois un mauvais parti. Ce sont des aliénés abandonnés à eux-mêmes, et qui font de leur liberté l'usage le plus inconscient.

Parmi les gens de cette catégorie, j'examine un jour un prétendu Allemand, à peu près déguisé en prêtre et ayant de mystérieuses allures. Il porte une très-longue barbe noire, parle avec une surprenante facilité et se présente avec un aplomb presque intimidant. C'est un missionnaire français ; il est ardent, convaincu et brave, et connaît aussi bien la Chine et le Japon que Paris et l'hospice de Bicêtre. Il a été partout, et plusieurs fois sa raison s'est passagèrement éclipsée. Je le trouve exalté, mais lucide, et certainement inoffensif. Il revient une seconde fois, tout couvert de contusions : il a été battu auprès du donjon de Vincennes par

une patrouille avinée. Je gronde co récidiviste, je l'engage à servir comme aumônier militaire, je statue encore favorablement sur son état mental. Que devint-il ? Le 24 mai 1871, à la Roquette, à sept heures quarante-cinq minutes du soir, — le premier des ôtages, — il était fusillé ! il s'appelait l'abbé ***.

Tandis que la garde nationale envoie chaque jour au Dépôt des alcoolisés à tous les degrés, le gouvernement de la défense nationale reçoit des lettres sans nombre d'une quantité de donneurs de conseils, atteints la plupart de délire partiel ou do paralysie générale au début. Il leur accorde même des audiences. Toute la série des *inventeurs* y passe, et les plans les plus ridicules sont proposés, soutenus et discutés.

Une nuit, à trois heures du matin, un lieutenant se présente chez le ministre des travaux publics. Il est porteur de papiers d'une importance extrême, et son entrevue avec le ministre ne peut pas souffrir une seule minute de retard, M. Dorian se lève et reçoit le visiteur, qui déroule aussitôt des dessins représentant tout un système de canons superposés, rapidement transportable d'un point à un autre, mû par une machine à vapeur, et pouvant aisément broyer dix mille Prussiens en cinq minutes. Le ministre inscrit le nom et l'adresse de l'officier. Le lendemain, il fait prendre de ses nouvelles. — Ce malheureux malade, que je vois souvent, est incurable aujourd'hui.

Le délire mélancolique, avec prostration, pleurs, gémissements, panophobie, hallucinations de l'ouïe, dégoût de la vie et refus d'aliments, se montre chez la femme. Quelques cas paraissent très-graves.

Les hémiplégiques, qui dans certains bataillons n'ont pas pu se faire accepter comme cantiniers, plantons, secrétaires, braneardiers ou préposés divers, se trouvent sans ouvrage, sans solde, sans pain et sans asile. Le Dépôt est leur suprême ressource.

IV.

Du 10 au 16 septembre, les habitants de la banlieue, au nombre de trois cent cinquante mille, viennent s'enfermer dans Paris. Le gouvernement de la défense nationale et les municipalités des vingt arrondissements font les plus grands efforts pour recueillir, loger et secourir toutes ces victimes de l'invasion. On met en réquisition les logements vacants, et l'on abrite une quantité considérable de malheureux dans les wagons

qui heureusement encombrent toutes les gares. Je visite ces installations sommaires, et je me demande ce qu'il faut le plus admirer, ou de la bienfaisance sincère du gouvernement, ou de la résignation stoïque des assistés. Cependant le dénûment est si profond et les besoins de la population suburbaine se multiplient tellement, au fur et à mesure que les soirées deviennent fraîches, qu'il est bien difficile de sécher toutes les larmes! Les réfugiés songent alors à se séparer de ce que l'on appelle « les bouches inutiles, » et le Dépôt hospitalise les enfants infirmes, faibles d'esprit, arriérés, imbéciles, épileptiques ou idiots, qui jusque-là sont restés sous l'aile protectrice de la mère, ainsi que les vieillards affaiblis, décrépits, paralytiques, déments ou gâteux, sur lesquels ont toujours veillé, dans des temps moins durs, les institutions de bienfaisance, la charité privée ou une filiale commisération.

Un sérieux embarras survient : l'administration générale de l'Assistance publique doit, aux approches de l'ennemi, faire évacuer les hospices et maisons de secours de la banlieue, et assurer une indemnité quotidienne en argent à tous ses pensionnaires. La population invalide s'accroît d'autant.

Il importe de faire ici un rapprochement. A Paris, les ouvriers ne conservent pas et n'assistent pas à domicile leurs ascendants. Ils les font placer dans les salles de la vieillesse, à Bicêtre et à la Salpétrière, dans les quartiers d'incurables, à Ivry, dans les établissements des Petites-Sœurs des pauvres, ou dans les grands dépôts de mendicité de Villers-Cotterets et de Saint-Denis. Les suburbains, au contraire, logés en général d'une façon plus spacieuse, gardent avec eux les septuagénaires ou les octogénaires, et lorsque ces derniers sont encore un peu valides, ils les occupent à des menus travaux, soit au jardin, soit aux champs, ou leur confient la surveillance et le soin des bestiaux. Les réfugiés entrent donc à Paris avec leurs ascendants, mais les événements rendent difficiles et onéreux les secours de la famille. A charge à leurs enfants et à charge à eux-mêmes, les vieillards tombent nécessairement à la charge de la ville. Le Dépôt leur ouvre ses portes, et me voici étudiant l'usure cérébrale sénile à toutes ses périodes de dégradation progressive, depuis la simple diminution intellectuelle jusqu'à l'abolition des instincts.

Les suburbains fournissent assez peu de cas d'aliénation mentale aiguë. Je dois cependant une mention particulière à R..., arrêté le 16 septembre, sur un boulevard, pour scandale

sur la voie publique et coups portés à l'une des personnes de l'attroupement. Il entre comme prévenu au Dépôt, et est interrogé presque immédiatement par un magistrat, ainsi que le veut la loi récente sur les flagrants délits. R... est très-exalté, et ne veut à aucun prix se séparer du drapeau dont il était porteur. Je suis commis pour procéder sans retard à l'examen de son état mental, et je m'acquitte aussitôt de mon mandat d'expert en mon honneur et conscience. A peine R... a-t-il commencé à me raconter que « Dieu lui a révélé, depuis bientôt six ans, que les enfants de Louis-Philippe premier et dernier sont les descendants du géôlier Chiappini, qu'ils n'ont aucun droit comme princes de sang royal, » et qu'il est *en communication parlée avec les anges*, que je l'interromps : « Dans les premiers jours de novembre 1852, lui dis-je, vous étiez un soir à l'Opéra-Comique. Le président de la République était dans sa loge. Pendant un entr'acte, vous êtes monté sur une banquette, vous avez récité des vers et proclamé Napoléon empereur de France et d'Algérie. Vous avez été conduit à Charenton : c'est là que je vous ai connu, j'y étais alors interne en médecine. Vous êtes R..., ancien *** à ***, je vous connais. » Ma mémoire m'avait fidèlement servi : c'était lui. J'atteste la folie. Le parquet se dessaisit du dossier. L'autorité administrative envoie le malade à l'asile Sainte-Anne, et c'est de là, quelques jours après, qu'il écrit à M. le général Trochu une lettre dont voici quelques fragments :

« 23 septembre 1870.

» J'apporte avec moi le drapeau de Jeanne d'Arc, que je considère comme la nouvelle patronne de la France. Ce drapeau contient les inscriptions suivantes : *Jésus, Maria. — Vive la nation ! — Jeanne d'Arc, vierge et martyre, protége la France.*

» Je suis républicain, quoique catholique fervent et convaincu. J'ai une grande confiance en mon drapeau, que j'ai fait bénir par un prêtre.

» Avec ce drapeau pour seule arme, j'offre de défendre le fort de Paris le plus maltraité par l'ennemi, en me soumettant aux exigences de l'autorité militaire et en conservant mon costume civil, et même, s'il n'y a aucun inconvénient, mon costume de pauvre et d'aliéné.

» Si le gouvernement de la défense nationale adopte mes idées, j'espère conduire l'armée et les citoyens français à une victoire éclatante dans une attaque vigoureuse et de nuit, faite à ces cris formidables poussés simultanément et par nous tous : *Au nom de Dieu et de Jeanne d'Arc, mort aux Prussiens !* »

R... se calme, s'améliore promptement ot quitte l'asile. Le premier usage qu'il fait de sa liberté est do m'intenter un procès en police correctionnelle « pour attentat à la liberté individuelle, » et de mo demander dix mille francs de dommages et intérêts! Je fais défaut. Il plaide lui-même, déploie son drapeau devant les juges, et est condamné aux dépens. Il en appelle à la Cour. Je continue à faire défaut. Il prend encore la parole, mais il ne lui est pas permis cette fois d'exhiber son étendard. La Cour confirme. — Avec l'argent que lui coûtont ses procès, que de choses R... pourrait faire en faveur de ses cinq enfants! Ce n'est pas un méchant homme. Je le plains bien. Puisse-t-il guérir!

V.

Dans la seconde quinzaine du mois de novembre et pendant le mois de décembre 1870, les populations agglomérées souffrent. La santé publique devient mauvaise. Les hôpitaux regorgent de malades. La variole sévit avec une redoutable intensité, L'hospice civil de Bicêtre, à Gentilly, bien que placé sous le feu de l'ennemi, est converti depuis les premiers jours du siége en hôpital militaire de varioleux, et le voici qui reçoit cent cinquante malades par jour, sortant des rangs de l'armée ou de la garde mobile. Le chiffre de la mortalité, à Paris, s'élève de plus en plus. Le rationnement devient chaque jour plus exigu. Le moral de la population est très-bon. Personne ne songe à se plaindre!

Au Dépôt, si le délire alcoolique est loin de diminuer chez les hommes, il est de plus en plus fréquent chez les femmes. La viande de cheval est si rare et coûte si cher, que beaucoup de personnes trempent leur pain dans du vin! Les troubles les plus variés — les plus légers comme les plus graves — apparaissent du côté de l'intelligence, des appareils des sens et de la motilité, et l'on observe un nombre très-considérable d'alcoolisés subaigus, avec idées de persécution, craintes d'être poursuivi, arrêté et fusillé, hallucinations de la vue, angoisses mélancoliques lugubres, idéos de suicide, insomnie absolue, etc., etc. Le véritable délire des persécutions se remarque aussi. La paralysie générale est rare. Quelques femmes, présentant déjà les signes les plus évidents d'un appauvrissement physique très-marqué, sont affectées de délire mélancolique sérieux. Le défilé des démences apoplectiques et des démences séniles continue toujours.

Le combustible manque partout. Le froid est très-vif. Le 25 décembre, le thermomètre descend, à Bicêtre, à — 15° 1/10e (et depuis longtemps il n'y a de feu dans aucune salle), mais il n'accuse que — 13° 6/10e à Paris. La variole augmente encore. Les lésions aiguës des voies respiratoires sont d'une exceptionnelle gravité. Les vieillards notamment succombent avec une rapidité anormale. Que peut donc nous apporter la prochaine année?

VI.

Le 1er janvier, l'artillerie prussienne occupe une très-solide position sur le plateau de Châtillon, et ouvre jour et nuit un feu incessant sur Montrouge, la barrière d'Enfer, le faubourg Saint-Jacques, l'Observatoire et le Panthéon. La population de ces quartiers est épouvantée et ne dort plus ; elle déménage ou descend dans les caves, ne peut rester en place, s'abandonne à un besoin irréfléchi de mouvement et colporte les bruits les plus sinistres : « Telle maison vient de recevoir tant d'obus, telle personne vient d'être tuée, dans la rue, le feu est à tel endroit, le Panthéon va sauter. » Les sujets à imagination impressionnable, à intelligence faible, à préoccupations hypochondriaques, à tendances mélancoliques ou à menaces cérébrales héréditaires n'offrent au péril et à toutes les conséquences du bombardement aucune résistance morale et se laissent gagner par la terreur. En proie à une panophobie réelle, à des illusions et à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, aux conceptions délirantes de l'ordre le plus lugubre, à de l'hyperesthésie cutanée et à des tremblements de tous les membres, ils arrivent au Dépôt municipal des aliénés le corps infléchi en avant, dans l'attitude de la plus navrante douleur, pleurant, gémissant et répétant toujours les mêmes mots : *Ah ! mon Dieu, mon Dieu. — Tout est perdu ! — Qu'est-ce que je vais devenir ? — Mais je n'ai pas fait de mal !*

Les épileptiques, qui jusqu'à présent ont été soignés dans l'intérieur des familles, deviennent un objet d'effroi. Leurs parents se tourmentent, redoutent les émotions de la guerre, admettent sans discussion que les accidents nerveux vont nécessairement s'aggraver et se rapprocher, et cherchent à abriter quelque part ces malheureux convulsifs. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à l'ambulance Jenner (1), qui a été bombardée

(1) Du 15 septembre 1870 au 21 juillet 1871, j'ai été le seul médecin de cette grande dépendance de l'Assistance publique. J'a-

deux fois, — en janvier par la Prusse et en mai par l'insurrection postée sur les hauteurs du Père-Lachaise, — je n'ai pas observé, dans mes salles d'épileptiques, une seule attaque de plus qu'à l'ordinaire. Je n'ai noté que des attaques en moins chez ceux qui étaient en traitement par le bromure de sodium ou par le bromure de potassium. Mais les familles ne se rendent pas à l'évidence. Je suppose qu'elles ont plus d'un motif qu'elles n'avouent pas.

Pendant tout le mois de janvier, le froid est excessif. Les nouveau-nés et les vieillards succombent dans une effrayante proportion. Il n'y a plus de lait pour les enfants et les malades. Le rationnement est d'une exiguïté excessive. Le pain est noir. Le combustible fait défaut partout. Aux portes des cantines, des boucheries et des boulangeries municipales, l'attente est si longue, que beaucoup de femmes grelottantes ne peuvent pas supporter la fatigue et la souffrance qu'entraîne une pareille station ! Elles rentrent chez elles sans provision aucune, s'alimentent de la façon la plus problématique, tombent dans un état profond de dépérissement et d'adynamie, étanchent leur soif très-vive avec de l'eau vineuse, et certaines d'entre elles présentent bientôt de l'incertitude intellectuelle, des illusions sensoriales et du véritable délire par inanition. Au fur et à mesure que l'on nourrit régulièrement et à peu près sainement cette catégorie si émouvante des victimes du siége, les accidents nerveux diminuent et disparaissent.

Dans l'espace de quelques jours, j'ai à examiner plusieurs cas de cet état rare que l'on désignait autrefois sous le nom de *stupidité*, et que l'on appelle avec raison aujourd'hui la *mélancolie avec stupeur*. Les malades sont immobiles et insensibles ; ils voient très-confusément, entendent à peine, ne souffrent pas, peuvent difficilement prononcer quelques mots, et sont subjugués par un délire intérieur de nature triste dont ils ont conscience et dont ils se souviennent après leur retour à la raison. Leurs yeux sont à demi ouverts et fixes ; leur salive découle de la bouche, leur intestin s'exonère involontairement. Ils ont quelquefois des hallucinations terrifiantes, et ils font alors les tentatives les plus désespérées de sévices sur eux-mêmes, de mutilation et de suicide.

vais sous ma direction 465 infirmes ou septuagénaires et octogénaires, et 60 épileptiques. Deux de mes infirmiers ont été atteints par le second bombardement. L'un a été tué. L'autre a été blessé.

Cette sorte de suspension ou d'anéantissement temporaire de toutes les facultés, dont on est témoin dans la mélancolie avec stupeur, a été signalée par les auteurs anciens et aurait été vue dans des cas de commotion profonde, d'événement extraordinaire subit, de joie excessive ou de frayeur extrême. Pinel, par exemple, a rapporté les faits que voici :

« Un artilleur, l'an deuxième de la République, propose au Comité de salut public le projet d'un canon de nouvelle invention, dont les effets doivent être terribles ; on en ordonne pour un certain jour l'essai à Meudon, et Robespierre écrit à son inventeur une lettre si encourageante, que celui-ci reste comme immobile à cette lecture, et qu'il est bientôt envoyé à Bicêtre dans un état complet d'idiotisme. A la même époque, deux jeunes réquisitionnaires partent pour l'armée, et, dans une action sanglante, l'un d'entre eux est tué d'un coup de feu à côté de son frère, l'autre reste immobile et comme une statue à ce spectacle. Quelques jours après, on le fait ramener dans cet état à la maison paternelle ; son arrivée fait la même impression sur un troisième fils de la même famille. La nouvelle de la mort d'un de ses frères et l'aliénation de l'autre le jettent dans une telle consternation et dans une telle stupeur, que rien ne réalisait mieux cette immobilité glacée d'effroi qu'ont peinte tant de peintres anciens et modernes. J'ai eu longtemps sous mes yeux, ajoute Pinel, ces deux frères infortunés dans les infirmeries de Bicêtre, et ce qui était encore plus déchirant, j'ai vu le père venir pleurer sur ces tristes restes de son ancienne famille. »

Les souffrances des habitants atteignent aux plus hautes limites. Chacun souffre. Personne ne dit mot. Le patriotisme est admirable. Paris donne un grand exemple au monde.

VII.

Les préliminaires de paix sont signés. Un armistice est conclu. La grande ville affamée va se ravitailler. Les communications avec la province se renoueront à la première heure. La nation est convoquée dans ses comices.

Ces nouvelles sont accueillies avec étonnement et sans joie. Les habitants étaient décidés à tous les sacrifices, et ils sont presque désappointés de ne pas pouvoir prouver jusqu'à quelle extrémité généreuse pouvaient les conduire leur amour du pays et leur exécration de l'étranger.

Au mois de février, l'état sanitaire ne s'améliore pas. Il y

partout affluenee de malades. La mortallté s'élèvo de plus on plus. Un très-grand nombre d'individus ont courageusoment lutté pendant le temps des épreuves imposées et des privations néeessaires, mais lorsque les denrées alimentaires reparaissent dans les marehés rouverts, il n'y a ehez eux ni entrain, ni appétit, ni désirs. Leur économie est profondément altérée, leur amaigrissement est notable, leur intelligenee est inerte.

En lisant la rolation des grands voyages de eireumnavigation, j'avais remarqué tout ee qui avait été dit au sujet d'une affeetion caraetérisée par de l'abattement des forees, de la fétidité de l'haleine, du ramollissement, de la turgeseenee et de la putridité des geneives, des taehes sous-eutanées rouges ou bleuâtres à la peau, des tumeurs sanguines et des troubles gastrlques graves. Cet état, dû à une altération profondo du sang, était attribué à l'usage exelusif des viandes salées, qui avaient défrayé l'alimentation des équlpages. On appelait la maladie *le scorbut*.

Mais, en y regardant hien, voici que des eas nombreux de seorhut éclatent dans Paris. C'est que l'affection seorhutlque n'est pas spéeiale à la navigation et n'est pas seulement déterminée par l'abus des salaisons. Pendant le siége do Paris, il a été très-peu fait usage de viandes salées, mais la population a été insuffisamment nourrle, a enduré de grandes fatigues et a été soumise à d'exeessives déperditlons. En faut-il donc davantage pour amener le seorhut ?

L'adminlstration s'émeut, fait passer l'inspection minutieuse de tous les hôtes des prisons de la Seine, et elle ouvre un grand serviee temporaire de seorbutiques à Sainte-Pélagie. M. le professeur Lasègue en est nommé le médeein.

Les aliénés du Dépôt présentent surtout les formes dépressives du délire et tous les attributs de ee qu'on est convenu d'appeler « la misère physiologique ». La plupart n'ont qu'un trouble passager, éminemment superfieiel, qui n'autorise pas une séquestration, mais qui réelame impérieusement des distributions de bon pain, de viande fraîche et de vin.

VIII.

La révolution du 18 mars s'aeeomplit et intimide profondément la population. Les peureux sont en grand nombre, et, qu'ils aient ou non eharge d'âmes, ils se sauvent dans toutes les directions. Que devait faire le médeein ? Rester auprès de ses malades. Pour lui, la politiquo n'existe pas. Il

doit constamment planer au-dessus des discussions de parti, des petitesses gouvernementales, des passions factieuses, des trames insurrectionnelles, et ne jamais descendre dans ces brûlantes arènes où les hommes débutent par des discours et finissent par des forfaits.

Pour le médecin, toute question relative à la forme du gouvernement doit être lettre morte. Ce qu'il doit recevoir, conserver et transmettre, c'est la tradition médicale. Ce qu'il doit aimer, c'est le progrès scientifique. Ce qu'il doit servir, c'est l'humanité aux prises avec la souffrance. Par son rôle bienfaisant pour tous, il est à l'abri des attentats révolutionnaires, et lorsqu'il panse une plaie, a-t-il donc à rechercher la nationalité de l'arme vulnérante? La blessure est là, sous ses yeux, et que lui importe, à lui, qu'elle ait été pratiquée par la mitrailleuse d'un souverain, le fusil d'une république ou le revolver d'un peuple soulevé? Il doit mettre son savoir, son habileté et son cœur au service du militant tombé. Voilà tout.

Au moment de la proclamation de la Commune, je ne pensai pas qu'il fallût fuir parce que quelques exaltés délibéraient tumultueusement à l'hôtel de ville.

Mais le Dépôt de la Préfecture? La situation y devint d'un péril extrême. M. le professeur Lasègue fut subitement remplacé dans le service médical dont il s'acquitte avec tant de talent depuis plus de vingt ans. Le directeur fut emprisonné. L'aumônier dut prendre la fuite. Les dix-huit religieuses furent expulsées. Je restai et n'eus l'air de m'apercevoir de rien. C'est ainsi que je comprenais le véritable mandat du médecin. J'avais accepté et rempli des fonctions pendant les jours de calme et de prospérité, pouvais-je me cacher pendant les jours de trouble et de deuil? Non, au péril de ma liberté et de ma vie, il fallait que je fusse là. Des hommes, trop bienveillants sans doute, m'ont appris depuis que je n'avais pas été inutile à beaucoup d'ôtages. Je ne m'en souvenais pas.

Pendant toute la durée de la Commune, les rouages municipaux sont totalement désorganisés. C'est à peine si les gardes nationaux amènent deux aliénés au dépôt par jour, alors que la moyenne, en temps ordinaire, oscille entre sept et douze. Des insensés toutefois sont placés d'office dans les hôpitaux de l'Assistance publique, et évacués de là sur les établissements spéciaux.

Le *delirium tremens* à forme grave et rapidement mortelle

devient fréquent, et, à la suite des perturbations très-grandes apportées dans les positions de fortune, — revers commerciaux ou emplois perdus, — on observe volontiers chez les prédisposés les formes aiguës de la folie : le délire maniaque et le délire mélancolique.

Si nous passons maintenant du dépôt municipal des aliénés au Dépôt des prévenus, nous voyons dans la cellule n° 6 du rez-de-chaussée un vieillard souriant, d'une exquise politesse, d'une remarquable distinction. Il est borgne. « Je suis, me dit-il, le président Bonjean. J'étais avant-hier à Mantes, me rendant au château d'Orgeville, auprès de ma femme et de mes enfants, que je n'ai pas vus depuis le mois d'août dernier. J'apprends en route la révolution du 18 mars, je comprends qu'il est du devoir de tout fonctionnaire honnête de ne point déserter son poste au moment du danger, et je monte dans le premier train se dirigeant sur Paris. Je rentre chez moi, rue de Tournon, le 20 mars au soir. Le 21, à peine revenu de l'audience, on vient m'arrêter à mon domicile et on m'incarcère ici. C'est une illégalité. C'est un attentat ! »

Je visite chaque jour cet homme éminent, et, dans de longs entretiens, je peux admirer sa mémoire prodigieuse, son érudition extraordinaire, son admirable élocution, et par-dessus tout sa sérénité parfaite. Il porte sur les événements et sur les hommes des jugements qui de point en point devaient se réaliser deux mois plus tard. Que de fois ne m'a-t-il pas dit : « Nous reverrons fatalement les journées de septembre. Dans cette prison ou dans une autre, je serai massacré. » Et sa gaieté reparaissant aussitôt, il s'abandonnait à une fine causerie sur le sénat ou sur les péripéties politiques de la fin du dernier règne; puis il mettait sa main loyale dans la mienne, et nous nous séparions. Au sortir de sa cellule, je rencontrais l'agent de la Commune qui avait écouté à la porte.

Le 29 mars, le président Bonjean est indisposé. Il se plaint de manquer d'air. Il a la fièvre. Il ne mange pas.

Le 30, il a eu pendant la nuit des sueurs extrêmement abondantes. Il est triste et abattu. Je lui propose de demander son transfèrement à la Maison municipale de santé; mais il refuse, dans la crainte de me compromettre. Je rédige néanmoins et je fais passer le certificat suivant :

« Le président Bonjean est sérieusement indisposé depuis quarante-huit heures. Il accuse le retour de douleurs rhumatismales anciennes. Il tousse et a de l'embarras gastrique.

Son pouls est à 94. N'y aurait-il pas lieu de le faire transporter dans la journée à la Maison municipale de santé du faubourg Saint-Denis ? »

La démarche n'aboutit point. Mon certificat fut déchiré dans le cabinet du préfet.

Le 31, l'état du malade ne s'étant point amélioré, j'envoyai le certificat qu'on va lire :

« Le président Bonjean ne va pas bien. Il a de la bronchite, de l'oppression, de l'inappétence et un grand malaise général. Son pouls est à 96. Ce vieillard a le moral excellent ; mais, physiquement, il résiste mal à un séjour aussi prolongé dans une cellule sans feu.

» Dans ma conscience de médecin, j'affirme que je ne suis pas sans quelque inquiétude, et j'atteste qu'il y a lieu de transférer d'urgence le malade à la Maison municipale de santé (hospice Dubois). »

M. Kahn, commis-greffier au Dépôt, reçut quelques heures après du cabinet du préfet le certificat annoté ainsi qu'il suit à l'encre rouge : *Bon pour faire conduire immédiatement à Dubois*. Signé : Dubois. C'était écrit de la main du général Duval, et le sceau du préfet avait été apposé sur la pièce. Mais on vertu de quelle variété de distraction cérébrale le général Duval avait-il signé Dubois? Cette distraction étrange ou malsaine devait coûter la vie au président. Le martyre était dans sa destinée !

Le 1er avril, M. Kahn, le certificat à la main, se présente chez le préfet, afin d'obtenir la rectification de la signature. Le général Duval venait de partir aux avant-postes ! Raoul Rigault reçoit M. Kahn, prend la pièce, l'examine attentivement et dit : « Bonjean sortira quand Blanqui aura signé sur cette table l'ordre de sa mise en liberté. » Le commis-greffier, jeune homme très-brave, insiste et s'appuie sur les termes du certificat, mais d'un geste impératif il est éconduit. Quelques jours après, M. Kahn était arrêté et jeté en prison.

Des soins appropriés triomphent de l'indisposition du président, et le 5 avril je lui apporte les compliments les plus affectueux de l'archevêque de Paris, écroué de la veille.

Le 7 avril, ces deux hommes éminents se rencontrent auprès d'une voiture cellulaire ; ils s'embrassent, montent avec une digne fierté, et roulent bientôt dans la direction de Mazas, où les attend le dévouement délicat et courageux de mon collègue, M. G. de Beauvais.

..... Un peu plus tard, dix-neuf balles frappent le président, toutes à la région antérieure du corps. La tête n'est pas même effleurée, les membres sont fracassés. La victime tombe, mais se soulève une dernière fois, et dirige encore sur ses assassins un regard d'une étincelante animation. Un coup de feu à l'apophyse mastoïde gauche..... et la France perd l'une de ses plus pures illustrations.

Bonjean avait écrit à sa femme : « Ne cherchez pas à connaître les noms de ceux qui me retiennent ici contre toute justice et toute raison; et surtout ne cherchez jamais à en tirer aucune vengeance directe ou indirecte. » Et à ses fils, dans une lettre datée du 20 mai, il avait dit : « Que la persécution que je souffre et la mort sanglante qui d'un moment à l'autre peut terminer ma laborieuse vie ne soient pas pour vous une cause de découragement..... En ce moment solennel, je vous affirme que, si misérable que puisse être la fin qui paraît m'être destinée, je ne voudrais à aucun prix avoir agi autrement que je ne l'ai fait. C'est que le premier bien, mes chers enfants, c'est la paix de la conscience; et que ce bien inestimable ne peut exister que pour celui qui peut se dire : *J'ai fait mon devoir.* »

Bonjean fut un héros. Si quelque chose me surprend, c'est qu'il n'y ait pas encore à Paris un grand boulevard qui perpétue son souvenir! Mais, que dis-je, son nom n'est-il pas impérissable ?

IX.

Les splendeurs de Paris sont en feu. Le tocsin tinte jour et nuit. Le canon tonne dans la rue. Les poudrières font explosion. La fusillade est partout. L'incendie gagne de proche en proche. L'artillerie fédérée gravit les hauteurs et épuise sur nos maisons son immense provision d'obus au pétrole. La bataille dure sept jours.

Le Palais de Justice et la Préfecture de police sont en cendres. Le Dépôt, grâce à l'énergie de deux surveillants, est miraculeusement soustrait aux flammes criminelles. Il est inondé, mais intact. Je m'y rends, le 26 mai, en passant à travers les décombres des barricades. Les murs des anciens bâtiments de l'administration centrale s'effondrent avec fracas, les ruines fument, et des millions de feuilles de papier noirci ou brûlé voltigent dans les cours. Les pompiers du Loiret entourent la Sainte-Chapelle et la protégent. Ils me croisent

partout la baïonnette, et ils ont l'ordre de faire feu sur quiconque transgresse la eonsigne. J'arrive eependant, et je trouve quatre aliénés eamisolés, témoins depuis quatre grands jours de tous les désastres! L'un d'eux, aneien sergent de ville, avait été visité le 24, à trois heures moins un quart, par Ferré, au moment même où ee préfet, quittant son cabinet, venait d'y faire mettre le feu. Il l'interrogea, établit tant bien que mal son identité, puis donna l'ordre de le fusiller. « Eh bien, non! lui dit avee autorité le surveillant Réjaud, les fous, ça ne se fusille pas! » Ferré ne répliqua point. Il désigna d'autres vietimes au chef du sinistre peloton qui l'aeeompagnait, et l'aliéné eut la vie sauve.

Les quatre malades étaient affolés de terreur. Ils n'avaient ni mangé ni dormi. Du ton le plus plaintif, ils se lamentaient sans eesse. Sans la camisole, il y aurait eu un ou deux suicides.

A propos de suicide, je tiens à relever ici un détail très-signifieatif. Pendant tous les événements qui se sont aeeomplis depuis neuf mois, les eas de mort volontaire ont été rares. Comme il y en a d'ordinaire un peu plus de sept eents à Paris par an, il est facile de se rendre un eompte exaet de la situation. Trop préoeeupés, trop tourmentés et trop émus par les douleurs de la patrie, les habitants voyaient leurs chagrins disparaître en faee du deuil national. S'assoeiant pleinement aux eonvulsions du pays, aux privations du siége, aux périls du bombardement ou aux alarmes de la guerre eivile, la pensée ne leur est pas venue de déserter la vie en un pareil moment. Les candidats au suicide ont spontanément reculé l'échéanee de leur résolution préméditée. Par le fait, ils ont été des eourtisans du malheur.

Dans la première semaine de juin, j'observe au Dépôt trois femmes atteintes de mélancolie avee stupeur dans la même journée. L'une a été trouvée immobile et inerte dans une eave; l'autre a vu fusiller son mari et a failli elle-même être passée par les armes; la troisième a été amenée sans renseignement aueun. — Plusieurs aliénés sont panophobes et gémisseurs; on les poursuit, on va les arrêter et les fusiller, ils sont innoeents, ils n'ont pas mis le feu; ils pleurent, se jettent à genoux, demandent grâce et répètent eonstamment les mêmes mots : *Ah! mon Dieu, mon Dieu!..... achevez-moi!..... mais ce n'est pas moi!*

Le seul point dont il faille un peu tenir compte, à l'occasion de l'influenee que les événements politiques peuvent exercer

sur le développement de la folie, est celui-ci : les révolutions sont capables d'amener la terreur, et la terreur peut non-seulement modifier l'état intellectuel des générations présentes, mais s'appesantir encore lourdement, par la voie de l'hérédité, sur les dispositions mentales des générations futures. Ne sait-on pas, en effet, que tel enfant conçu alors que l'un de ses auteurs se trouvait dans telles conditions déterminées, est exposé beaucoup plus que tout autre à l'irritabilité, à la mobilité, à la mélancolie, à l'imbécillité, à l'épilepsie? L'alcoolisé ne procrée-t-il pas un fils dégénéré?

Cette action exercée par les grandes émotions terrifiantes est certainement très-rare, et, après les horribles événements de Paris, je ne sache pas qu'il y ait eu un chiffre sérieux de cas d'aliénation aiguë dépendant certainement des catastrophes subies par la population; mais enfin il convient de prendre le fait en considération. Cela a été dit et avancé d'ailleurs par d'autres, et M. Morel, par exemple, a cité les exemples suivants : « J'ai donné successivement, dit-il, mes soins à deux frères dont l'un, témoin de l'incendie de sa fabrique, est tombé subitement dans une morne stupeur, à laquelle succéda une violente exaltation maniaque. L'autre, juré dans une affaire où le peuple ameuté envahit le sanctuaire de la justice, fut à son tour frappé d'une telle frayeur, que l'oppression mélancolique qui l'envahit se termina ultérieurement de la manière la plus déplorable. — Un artilleur, exposé pendant les journées de juin au feu le plus terrible, et resté seul de tous ses camarades sur la pièce qu'il servait, tomba immédiatement dans une profonde stupeur, et fut longtemps retenu à l'asile par un état consécutif de manie avec fureur. Un incendie effroyable détermina chez plusieurs habitants d'un village entièrement détruit par cet accident, des crises de désespoir, auxquelles succédèrent des états mélancoliques avec tendance au suicide. »

Du 8 au 30 juin, l'alcoolisme disparaît presque complétement. Les hommes jeunes font défaut. La folie frappe les femmes de préférence. Le délire des persécutions semble être tout à fait à l'ordre du jour. Cette variété délirante s'organise d'autant plus volontiers que les dénonciations s'exercent sur une plus grande échelle, que les arrestations sont plus nombreuses, que les mesures d'ordre public sont plus intimidantes, et que les actes de répression sont plus terribles. L'angoisse générale des esprits prédisposés aux lésions morbides

rencontre là un aliment dangereux. A ces calamiteuses époques, il ne faut être ni impressionnable, ni turbulent, ni déprimé, ni débile. Le calme est l'apanage du fort. L'orage ne frappe que les têtes recommandées.

Si nous sortons encore une fois du domaine de la pathologie cérébrale pour jeter un coup d'œil sur le dépôt des prévenus, nous voyons défiler, à la consultation du médecin, Assi, Lullier, Rossel, Urbain, Régère, Courbet, Ferré, Grousset, Maroteau, les officiers supérieurs de l'armée fédérée, les fonctionnaires, les magistrats, les officiers ministériels et les agents divers de la Commune, les gardes nationaux blessés et arrêtés à domicile, les brigades de pétroleuses, etc., etc. Le médecin ignore ce qui s'est passé. Des malades s'adressent à lui, et il est aussi attentif et aussi bienveillant pour eux qu'il l'a été jadis pour les otages et pour le clergé de Paris. Le jour où la politique s'introduira dans les choses de la médecine, je n'exercerai plus!

X.

Pendant l'été de 1871, le chiffre total des aliénés est de beaucoup au-dessous de la normale. En admettant même une diminution considérable dans la population, par suite de la mortalité excessive de l'hiver, de la guerre civile, des exécutions sommaires de la fin de mai, du départ des étrangers et d'un plus ou moins grand nombre de peureux et d'individus compromis, du transfèrement à Satory ou ailleurs de quarante mille fédérés, et même de la décapitalisation provisoire de Paris, il n'en est pas moins démontré une fois de plus que les événements politiques les plus graves, — s'ils donnent au moment où ils surviennent une couleur spéciale au délire, — ne produisent nullement un accroissement d'aliénés, ainsi qu'on le croit d'ordinaire.

La France est aujourd'hui en convalescence. La vie facile avait fait pulluler les paresseux et les fous. Un choc est venu, et le malheur a transformé le pays. La nation a retrouvé son génie dans les larmes. Les habitudes sévères de l'avenir mettront beaucoup plus l'intelligence humaine à l'abri des défaillances. L'honneur du nom français veut que la société se prête aux exigences de la situation. Elle s'y prêtera. Le courage n'est-il pas le fils de la douleur?

La séance est levée à 6 heures du soir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal le « Mental Science ».

(2e Trimestre 1869.)

Analyse par M. le docteur E. Dumesnil.

ARTICLES ORIGINAUX.

1° *Sur l'augmentation prétendue de la folie*, par le Dr Lockhart Robertson.

2° *Sur la folie sans conceptions délirantes*, par le Dr Fielding Blandfort.

3° *Notes sur les asiles américains* visités par le Dr Alexander Robertson.

4° *Incertitudes médico-légales*, par le Dr J.-W. Eastwood.

5° *Sur l'aphasie*, par le Dr F. Bateman.

6° *Un cas de folie syphilitique*, par le Dr D. Williams.

Le Dr L. Robertson a pris pour épigraphe de son travail cette citation, qu'il emprunte au 15e rapport des inspecteurs généraux au lord chancelier : « Nous n'avons trouvé aucune raison pouvant étayer l'opinion généralement reçue, que les cas de folie sont plus fréquents actuellement que précédemment. » En un mot, dit l'auteur, l'aliénation mentale est-elle en progrès dans la génération actuelle ? » Il a basé ses recherches sur deux données sérieuses : 1° la totalité des cas de folie inscrits dans la contrée (Angleterre et pays de Galles), et 2° la totalité des cas appartenant aux divers asiles.

Il a dressé avec le plus grand soin des tableaux statistiques, puisés à des sources qui méritent toute confiance, il a fait de fréquents emprunts à la statistique de la France (statistique des asiles d'aliénés de 1854 à 1860), ainsi qu'au mémoire sur le même sujet de M. le Dr Lunier, et il arrive à formuler ainsi sa conclusion : « La prétendue augmentation de la

folie est une erreur populaire, rejetée par les statistiques réeentes. »

Si l'on se base sur la proportion relative des aliénés non indigents à la population totale durant les vingt dernières années (1847-1867), on eonstate néanmoins une eertaine augmentation, quoique bien faible il est vrai. Ainsi en 1847, il y avait un aliéné, non indigent, sur 3,913 habitants, et en 1867, la proportion est comme un est à 3,577. Dans les asiles, la moyenne pour cent des augmentations est singulièrement tombée dans ees dernières années, aussi bien en Franco qu'en Angleterre, mais néanmoins elle n'en paraît pas moins positive. On ne saurait done être aussi affirmatif que M. le Dr Lockhart Robertson. Mais un point sur lequel on doit être parfaitement d'aeeord avee lui, e'est qu'il ne faut nullement, dans les prévisions do l'avenir pour l'assistanee des aliénés, se reporter aux accroissements rapides et eonsidérables constatés dans les asiles aux premiers temps de leur organisation définitive (depuis 1838 en Franee et 1845 en Angleterre) ; l'espaee étant ereusé et préparé, le flot s'y est précipité en presque totalité. Il reste donc peu à faire, eomparativement, pour pourvoir au reste des besoins, en Angleterre surtout, où l'auteur pense qu'il y a moitié plus d'aliénés (Angleterre et pays de Galles) traités dans les asiles qu'en Franee. Il a ealculé, en effet, dans un préeédent mémoire dont j'ai donné l'analyse, que sur une population de 22,000,000, il faudrait 33,000 lits dans les asiles publics, qu'il s'y en trouve déjà 26,000, et que ce ne serait pas un grand effort pour un peuple ehrétien, et dont la fortune est en prospérité rapidement croissante, de constituer les 7,000 plaees qui font encore défaut.

L'article de M. le Dr Fielding Blandfort sur la manie sans délire est une étude qui eorrobore les données que la seienee moderne a aequises sur ee grave et épineux sujet, eause si fréquente de dissentiments entre les magistrats et les médecins spéeialistes. Pas plus en Angleterre qu'en France, les définitions légales ne s'appliquent à ces formes d'insanité qu'il est si faeile parfois de eonfondre avee le vice ou l'exagération des passions. L'auteur analyse toutes les définitions qui ont été données de la folio, il les met en rapport avec eelles produites par les magistrats dans plusieurs procès eélèbres, et montre qu'il a fallu arriver jusqu'à Pinel (1802) pour qu'une idée claire, une forme préciso se dégageât de ce chaos,

et encore cette forme n'est-elle bien visible, même actuellement, que pour ceux qui se sont livrés à cet égard à des études scientifiques et cliniques complètes. Les contradictions et les erreurs des cours de justice sont mises sous les yeux du lecteur; quelques considérations d'un haut intérêt sont brièvement exposées pour servir de fil conducteur dans la recherche de ces états maladifs, enfin des observations bien choisies de toutes les variétés de cette catégorie d'aliénés, viennent compléter le tableau. Sous ce dernier rapport, on pourra même trouver, peut-être, que le Dr Blandford a trop élargi le cadre : certains vieillards en démence, certains faibles d'esprit congénitaux y trouvant place; mais, après tout, les conceptions délirantes font en effet défaut ici, et fréquemment le médecin est appelé à donner son opinion sur ces cas d'altération mentale proprement dite.

Pendant l'été de 1868, le Dr A. Robertson a fait une excursion dans les Etats-Unis et le Canada et y a visité un certain nombre d'asiles. Après avoir quitté chaque établissement, il a consigné dans des notes que l'on trouve trop courtes, tant elles sont instructives et attrayantes, ses observations et ses impressions, et néanmoins ces notes doivent être encore abrégées dans ce compte rendu.

L'asile de Michigan est au centre de l'Etat; belle vue, 167 acres de terrain dont une grande partie est couverte de bois; constructions bien entendues et prenant continuellement de l'extension, divisions nombreuses et, outre la salle de réunion, réfectoire pour chacune d'elles; le Dr Van Deuzen, médecin-directeur, n'est pas partisan d'un réfectoire général dont l'effet est de compromettre la classification. Ameublement confortable ; ventilation et chauffage bien assurés, interception complète du bruit par des voûtes en briques de 4 pouces d'épaisseur, entre les solives des planchers et des plafonds. Les malades sont peu occupés à l'extérieur; deux ou trois seulement étaient aux ateliers. Les jeunes malades dansent deux fois par semaine, ceux plus âgés préfèrent en général la lecture; mais à cet égard trop de régularité nuit, le Dr Deuzen ayant souvent entendu dire à des convalescents que rien ne leur avait été plus fastidieux que ces parties et ces lectures à heure dite, auxquelles il leur fallait se rendre.

En ce qui concerne le restraint, on emploie les manchons de

cuir fixés, aux poignets, à une ceinture entourant la taille. Quelquefois aussi on fait usage de la camisole. Les malades ne sont pas mis en cellule. Cette méthode de restraint d'après le Dr Deuzen est bien préférable à celle qui consiste à employer des servants pour lutter avec les insensés indociles, ce qui, suivant lui, est inévitable. Il a vu des malades qui plutôt que de se soumettre auraient résisté jusqu'à la mort, tandis que par l'application des manchons ou de la camisole, ils devenaient calmes immédiatement. Il n'y a pas de chambre matelassée dans l'asile de Michigan.

Les agents médicinaux les plus fréquemment employés, sont : le quinquina, le fer, l'arsenic et la noix vomique. La fièvre intermittente a presque disparu, grâce aux éclaircies faites sur le terrain dans une large étendue. De chaque côté il y a huit divisions ; mais, outre la forme de l'affection, les malades sont classés suivant leur éducation, leurs manières et leurs goûts. Le taux de la pension n'y fait rien ; ainsi au moment de la visite du docteur A. Robertson, il se trouvait dans l'établissement deux maîtres de restaurant qui, quoique payant un prix de journée fort élevé, n'étaient pas autorisés à se mêler aux pensionnaires calmes et convalescents, parce qu'ils n'avaient jamais été en contact qu'avec des gens mal élevés.

Dans les cas aigus, un infirmier n'a jamais plus de quatre malades à soigner, et jamais dans le même quartier il n'y a plus de 15 malades en traitement ; chaque fois que ce nombre a été dépassé, les aliénés se sont excités davantage et se sont tourmentés les uns les autres. En moyenne, il y a un gardien pour six aliénés. Il n'y a pas de veilleur de nuit, si ce n'est dans les cas de maladie (1).

La formalité d'admission pour un pensionnaire est fort simple : un seul certificat médical suffit, et le médecin n'est pas obligé de relater les preuves de l'aliénation ; malgré cette facilité, le Dr Deuzen n'a jamais vu une seule fois qu'on ait essayé de faire admettre dans l'asile une personne saine d'esprit. L'admission pour les indigents est moins simple, mais cela tient uniquement à la question du payement de la dépense.

Cet asile est le seul pour tout l'Etat de Michigan ; il ne

(1) Il en est de même à l'asile de Quatre-Mares.

renferme que deux cent trente personnes; aussi une infinité d'autres insensés ne sont-ils pas soignés ; il y en a un grand nombre dans les hospices, où le traitement est insignifiant, pour parler par euphémisme.

Jamais on n'a fait aucun essai pour introduire le système de Gheel dans cet Etat, et le Dr Deuzen ne croit pas qu'il pourrait convenir au caractère du peuple américain.

Une cause de plus en plus fréquente de folie est la pratique révoltante et contre nature de l'avortement forcé ; l'attention publique a été justement attirée sur ce sujet dans ces derniers temps par les débats d'une certaine société où l'on a mis en discussion la *convenance* de cette pratique.

Si, dit le Dr Deuzen, les efforts tentés actuellement pour arrêter ce crime, n'opèrent pas promptement, et si des lois plus sévères atteignant toutes les parties impliquées ne sont pas mises en vigueur, le nombre des femmes frappées d'aliénation par ce fait s'accroîtra annuellement.

L'hôpital pour les aliénés dans l'Etat d'Indiana a été fondé grâce à l'action énergique de miss Dix, que ses philanthropiques travaux en faveur des insensés placeront au premier rang des bienfaiteurs de l'humanité. Pour une population de 1,500,000 âmes il n'y a que 330 places ; il s'en trouvera 500 dans un avenir prochain, chiffre encore bien insuffisant. Aussi un grand nombre de malheureux aliénés sont enfermés dans les prisons, les maisons des pauvres où, dit-on, le traitement qu'ils subissent est « *horrible* ».

Le placement s'effectue sur l'ordre de deux juges qui examinent le malade chez lui ou dans leur cabinet, et qui appuient leur décision d'un certificat médical et des renseignements fournis par les parents. Aucun prix de journée n'est exigé ; les riches sont considérés comme ayant des droits à l'admission gratuite, attendu qu'ils participent à la taxe dont le produit est consacré à l'entretien de l'institution.

Les administrateurs et, qui plus est, le médecin-directeur, ne sont sûrs de conserver leur position qu'autant que le parti politique auquel ils appartiennent a le dessus.

L'édifice est en briques, il est entouré de 750 acres de terre, les préaux n'ont pas assez d'air, ils manquent de vue, de plantations. Le Dr Lockhart voudrait pouvoir arriver à clore d'un grand mur une quarantaine d'acres, ce qui permettrait plus d'exercice extérieur aux malades qui ont une grande tendance à l'évasion, et qui, suivant lui, savent comploter entre eux.

La ventilation des chambres est insuffisante, d'où une odour parfois très-prononcée et très-désagréable. Les cellules rappellent un peu la prison, mais il est bon de faire remarquer quo peu d'asiles reçoivent autant de cas aigus que celui-ci.

L'établissement est encombré, il est donc fort difficile d'y maintenir un ordre complet ; ainsi beaucoup de femmes surtout n'avaient ni bas, ni souliers. Une jeune femme en camisole était attachée à un lit en forme d'armoire à couvercle en bois, lourd et garni de barreaux. Bon nombre d'aliénés dans la division des hommes avaient un aspect d'insouciance et de dégradation ; ce qui est dû, en partie, à ce qu'ils ne sont employés qu'en bien petit nombre aux travaux extérieurs. Les malades violents et destructeurs sont mis nus dans leurs lits pendant l'été. Quelques-uns portaient des manchons semblables à ceux décrits plus haut.

Les danses en commun n'ont pas lieu à cause de l'excitation qu'elles produisent. Jeux divers, lanterne magique, bonne bibliothèque.

Cent malades environ sur 300, étaient soumis à un traitement médical particulier. Un grand nombre de femmes prenaient du fer sous une forme quelconque ; l'opium est administré à larges doses dans les cas de mélancolie aiguë. Usage fréquent du bromure de potassium à la dose de 30 grains ; aucun agent ne l'emporterait sur celui-ci, d'après le Dr Lockhart, contre l'épilepsie et les habitudes onanistiques. On avait essayé de passer un anneau d'argent dans le prépuce des masturbateurs, mais à la suite d'efforts faits par les malades le prépuce avait été déchiré.

Le principal asile de l'Etat de l'Ohio est admirablement situé, à sept milles de distance de Cincinnati, « la ville reine de l'Ouest. » Les facilités d'accès en multipliant les visites des parents et des amis des malades, occasionnent une grande perte de temps aux chefs de l'établissement et sont souvent préjudiciables à l'état mental des aliénés.

Dispositions de construction et d'intérieur fort satisfaisantes et parfois fort bien entendues. Presque tous les malades étaient pour leur tenue et leurs vêtements tout ce qu'on peut désirer de mieux. Cependant dans les préaux des déments et des plus excités, plusieurs étaient sans souliers et sans bas. Quelques-uns de ces derniers avaient la camisole et deux, de plus, étaient en cellule. Travaux extérieurs bien suivis par les

malades ; les ateliers le sont fort peu. En hiver, danses générales réunissant les deux sexes; lanterne magique, jeux de toute espèce, petite collection zoologique. Promenades et exercices sur le domaine de l'asile, qui malheureusement ne contient que 38 acres pour 400 habitants; de plus, comme les préaux font défaut, les malades violents et destructeurs sont confinés dans leurs salles de réunion et dans leurs chambres. Il y a une chapelle, mais pas de chapelain ; les sectes sont si nombreuses que les exhortations et les discours d'un ecclésiastique quelconque produiraient un mauvais effet. Mais les clergymens sont admis à converser librement avec leurs coréligionnaires, et un groupe important de malades se rend régulièrement à l'église du village.

Il y a un quartier *à part pour les hommes de couleur*, qui n'est nullement inférieur à celui des *visages pâles;* il s'y trouvait neuf malades presque tous déments (1). Ce quartier est un bâtiment tout à fait séparé; c'est là un exemple frappant, fait remarquer notre sagace et consciencieux visiteur, le Dr A. Robertson, de ce puissant sentiment de race, puisqu'on a cru devoir faire, à grands frais, un asile particulier pour neuf malades, plutôt que de disséminer ceux-ci dans les autres divisions qui sont très-nombreuses. A propos des hommes de couleur, le Dr Rodman, le médecin-directeur de l'un des asiles du Kentucky, et celui de l'asile de Longview, ont affirmé : 1° qu'avant la conquête de leur liberté, il y avait beaucoup plus de nègres aliénés qu'on ne le croyait généralement. Le public en était difficilement informé, attendu que leurs maîtres les gardaient ordinairement chez eux, (et cela non sans danger, assez souvent), parce que la dépense était moindre que dans un établissement spécial; 2° qu'il y a proportionnellement plus d'imbéciles et d'idiots parmi eux que chez les blancs, ce qui ne frappait pas autant pendant la période d'esclavage, vu que les nègres étaient employés dans les plantations à des travaux tellement simples que leur débilité mentale était plus difficilement aperçue; 3° qu'indépendamment de ce qui vient d'être dit, il est positif que le nombre des aliénés de couleur a

(1) Les aliénés venant d'Afrique que j'ai vus à l'asile d'Aix, où ils sont en assez grand nombre, un nègre actuellement présent à l'asile de Quatre-Mares, m'ont paru presque tous passer rapidement à la démence, après une période de folie mélancolique, qui semble être la forme dominante parmi cette population. E. D.

incontestablement augmenté depuis la guerre, ou plutôt depuis que les nègres ont obtenu leur liberté. Ce résultat est dû surtout à l'augmentation de travail, excessif pour eux, de leur cerveau, afin d'arriver à se procurer leur nécessaire et celui de leurs familles, et aussi à exercer leurs nouveaux droits comme citoyens libres.

Les formalités d'admission pour les indigents sont assez longues et assez compliquées; c'est un jury qui statue, après enquête, et souvent après avoir appelé des experts; la question de dépense paraît surtout en jeu ici; en effet, pour la réception d'un pensionnaire payant, un certificat médical n'est pas même nécessaire, le directeur-médecin peut recevoir la personne s'il est convaincu qu'elle est aliénée.

En ce qui concerne le restraint, en Amérique, le Dr Rodman a dit au Dr A. Robertson qu'il se trouvait dans le Kentucky une grande quantité d'individus désespérés qui, lorsqu'ils étaient dans leur bon sens, ne faisaient aucun cas de la vie, et chez lesquels, bien souvent, la folie exagérait les plus mauvais côtés de leur caractère. Il était convaincu que si ces aliénés n'étaient pas soumis aux moyens de contention, on aurait à déplorer de fréquents homicides.

L'hôpital du gouvernement pour les aliénés, à une faible distance de Washington, a, sous beaucoup de rapports, fait une impression favorable au Dr A. Robertson. Deux cents acres appartiennent à l'établissement et il était question de doubler l'étendue du terrain par de nouvelles acquisitions. Les malades sont admis sur le certificat de deux médecins avec le consentement du directeur-médecin. Cet établissement recevant toutes les classes de malades, il s'y trouve un grand nombre d'incurables. Du côté des hommes il y avait plusieurs agités bruyants. Le manchon est mis en usage pour les hommes et la camisole pour les femmes.

Trente sur cent de la population mâle sont occupés à la ferme; c'est là un moyen de traitement fort estimé. Quelques-uns sont employés dans les ateliers de couture et de cordonnerie. Trois lectures par semaine en hiver; fêtes, récréations diverses de temps en temps, pendant l'été; démonstrations de chimie, lanterne magique. On danse aussi dans l'hiver, mais ce genre d'amusement n'est pas très-prisé.

Dans un dernier rapport, le médecin-directeur, le Dr Nichols, aborde la question médicale et légale touchant la dipsomanie, les cas de cette nature s'étant considérablement augmentés

pendant l'année. Il dit, entre autres choses excellentes : « En ce qui concerne les ivrognes confirmés, je pense que le désidératum de cette époque particulière serait un arrêt public clairement exprimé dans la constitution de l'Etat, interprété et vigoureusement appliqué par les cours, statuant que les ivrognes sont dangereux pour eux-mêmes et pour les autres et qu'ils doivent absolument être soumis légalement à une séquestration prolongée dans l'intérêt de la société, pour le leur propre et pour leur réformation. »

Les hommes de couleur ont également ici leur quartier bien séparé.

L'établissement près de Baltimore pour l'Etat de Maryland, ne contient que cent trente malades; d'autres en plus grand nombre sont placés dans l'asile du Mont-Hope, destiné aux catholiques romains. Les juifs ont aussi une maison, petite, mais bien organisée; enfin 300 aliénés environ sont confinés dans les maisons des pauvres où le traitement, dit-on, est loin de valoir celui des autres asiles. Belle vue, mais seulement des étages supérieurs; trente-six acres de terre, le tout consacré, à peu près, aux promenades; préaux petits, tristes, entourés de murs élevés, galeries étroites et mal éclairées; gravures, fleurs, etc.

Beaucoup de malades, dans les étages inférieurs, étaient nu-pieds, quelques-uns avaient des souliers sans bas; l'habillement, en général, était sale. Un homme se promenait tranquillement avec un manchon de cuir qui maintenait ses bras, une femme était en cellule avec la camisole.

Les ivrognes sont admis sans difficulté pourvu que le prix do pension soit payé et qu'un certificat soit délivré dans cette forme : « Je certifie que..... n'est pas *compos mentis* par suite d'intempérance et qu'il doit être placé dans un hôpital pour les aliénés. »

Le comité d'administration est composé de 33 membres représentant les divers comtés de l'Etat et de la cité de Baltimore. Le président doit être nécessairement un médecin gradué et il reçoit des honoraires pour les soins qu'il donne aux intérêts de l'institution. Le médecin-directeur a spécialement la charge de l'asile, mais dans tous les cas imprévus il doit consulter le président du comité exécutif. Les règlements portent que le médecin assistant doit présider la table de la classe supérieure des pensionnaires du sexe masculin, qu'il doit de plus être marié et qu'enfin, lorsqu'il visite les femmes,

il faut qu'il soit accompagné par une femme attachée au service.

L'hôpital de l'Etat de Pensylvanie, situé dans un des faubourgs de Philadelphie, est surtout consacré aux malades des classes riches et aisées de la société et se trouve dans des conditions exceptionnellement favorables. C'est à proprement parler une maison de santé, mais une maison de santé où tout a été prévu et où rien ne manque.

La camisole est parfois employée pour les femmes violentes et destructives; pour les hommes, on a recours aux bracelets de cuir entourant les poignets mais laissant les doigts libres. On ne compte pas plus d'un homme sur cent ainsi contenu. Le tiers des malades à peu près prend des médicaments, toniques et sédatifs principalement. La durée du bain ne dépasse pas une demi-heure.

Un certificat d'un honorable médecin gradué, dans la formo la plus simple, avec l'intervention d'un parent du malade, suffit pour l'admission. Le Dr Kirkbride, médecin en chef directeur, disait à cet égard dans un dernier rapport:« Après plus de trente années d'expérience parmi les aliénés dont plus de 5,000 ont passé sous mes yeux, je suis heureux de pouvoir affirmer à ceux qui auraient quelques craintes du contraire, que jamais je n'ai pu découvrir, en y regardant avec un soin minutieux, absolument rien, même dans les cas où l'aliénation était douteuse, qui pût me faire croire que les parents des malades avaient été guidés par des motifs blâmables. »

Cet établissement est loin de répondro au grand nombre d'aliénés qui sont dans l'Etat de Pensylvanie; il y a un autre asile à Harrisbourg qui est, dit-on, encombré, sans compter les hospices, les prisons, etc. Il paraît que les arrangements pris pour les soins et le traitement des aliénés qui peuplent ces lieux sont loin d'être satisfaisants, qu'ils sont peu en harmonie avec l'ancienneté et la richesse de l'Etat et qu'ils contrastent étrangement avec les admirables dispositions de l'établissement dont il vient d'être parlé.

L'asile de Bloomingdale (New-York), est aussi affecté aux malades des classes supérieures et a produit également la meilleure impression au Dr A. Robertson.

Les malades excités des deux sexes ont un quartier séparé du corps de logis principal. Comme dans la plupart des établissements américains, les fenêtres des chambres de sûreté sont protégées à l'intérieur par de forts étançons de fer verticaux.

Parfois la camisole et les manchettes de cuir sont appliquées. Dans les cas exceptionnels, les malades sont attachés dans leurs lits à l'aide de courroies fixées autour des malléoles et au pied de la couche, ou bien ces courroies entourent le corps. Même dans ces quartiers, les malades qui peuvent s'asseoir à table ont des couteaux et des fourchettes ordinaires, et il est remarquable que les tentatives de suicide et d'homicide soient presque inconnues. Néanmoins, dans une ou deux circonstances le danger attaché à cette pratique s'est révélé. Ainsi un gentleman dirigé depuis peu sur l'asile de Morningside, s'élança soudainement, sans que rien pût donner l'éveil, et plongea son couteau dans le cou du malade le plus rapproché de lui. Dans un autre asile une malade qui jusqu'alors avait été considérée comme parfaitement sûre, et qui avait l'habitude d'aider la femme de charge à servir le dîner, s'empara un jour du couteau à découper et s'ouvrit l'abdomen; elle en mourut. Le surveillant qui accompagnait le Dr A. Robertson dans le quartier des agités, lui dit qu'une fois un malade saisit le couteau à découper et qu'il allait l'en frapper s'il ne fût parvenu à le désarmer.

D'après les statuts de cet État, il faut, pour l'admission dans l'asile de Bloomingdale, une autorisation d'un juge de paix ou d'un magistrat de police de la ville, s'appuyant sur l'attestation de deux médecins honorables pour les faits de folie allégués; il faut de plus un permis de l'un des membres du comité de l'asile.

L'asile de la cité de New-York, le pénitencier, l'hospice, le workhouse sont réunis dans l'île de Blackwell dont ils couvrent toute la surface. On a donc aggloméré là une immense population sur un petit espace, ce qui explique, outre beaucoup d'autres dispositions vicieuses, les alarmantes épidémies qui ont lieu de temps en temps sur ce point. Quand apparaît une affection contagieuse dans l'un de ces établissements, elle s'étend invariablement dans le voisinage. C'est ordinairement le workhouse qui ouvre la marche. Ainsi il y a quatre ans (1865), le typhus gagna l'asile, enleva un très-grand nombre d'aliénés, et quelques employés supérieurs parmi lesquels le médecin-directeur; deux ans plus tard, soixante-dix malades mouraient du choléra. Le scorbut y fait de fréquentes apparitions.

Depuis longtemps l'asile est encombré; en 1867, sur 895 malades, 304 couchaient sur le parquet. Lits d'ailleurs trop rap-

proehés, ne recevant parfois la lumière que par les fenêtres du eorridor; odeur urineuse prononcée dans quelques chambres. Beaueoup de malades agités, dont plusieurs ayant la camisole ou les manchettes de euir; quelques-uns en cellule. Courroies de lit employées dans les eas exeeptionnels; pas de préaux pour cette elasse d'insensés. Les moyens de eontention se voient eneore dans quelques autres quartiers; grand nombre de malades sans souliers, mal vêtus, sales. Jamais, dit le Dr A. Robertson, je n'ai vu d'établissement où le bruit et la confusion fussent aussi assourdissants et d'où je sois sorti avec un sentiment plus prononeé de satisfaetion et de soulagement. Le voisinage de la rivière empêche les évasions mais oeeasionne beaucoup de suicides. Dans les six premiers mois de 1868, on en avait eonstaté déjà quatre, et cependant e'était une moyenne exceptionnellement favorable. Il n'y a qu'un servant pour trente malades; si le nombre en était augmenté, l'espaee ferait encore un peu plus défaut aux malades. Il paraît que lorsque la marée monte, l'eau de la rivière atteint les parties basses du sol des pavillons.

On eomprend quelle énergie et quel dévouement doit déployer le médeein dirigeant pour lutter eontre de telles diffieultés; le Dr Parsons et ses trois médecins-adjoints ont là une bien rude tâche.

L'asile pour l'Etat de New-York est situé à un mille seulement de la splendide ville d'Utiea. Belle vue sur la vallée du Mohawk, s'étendant jusqu'aux eollines qui séparent les eaux qui se perdent dans le laé Ontario de celles qui sont tributaires de l'Hudson; aspect des bâtiments imposant. Le Dr Gray, médeein-directeur, n'est pas partisan des salles de réunion; il pense qu'en aeeumulant un nombre de malades dans une seule pièee, on eontribue à empêeher le développement de l'individualité de earaetère qu'il s'efforee avant tout de favoriser, autant que eela est possible. Au lieu de salles de réunion de jour, les aliénés ont les aleôves et les siéges dans les vestibules; ils peuvent même s'asseoir sur leurs lits pourvu qu'ils ne les mettent pas en désordre. Il est bon de noter que dans les asiles amérieains, ainsi que dans les asiles anglais, le système d'habitation eonsiste en général en une série de ehambres à un seul lit, le plus souvent s'ouvrant sur un eorridor.

L'asile est eneombré, mais on fonde deux nouveaux établissements dans eet Etat; eelui d'Ovid était sur le point d'être oeeupé.

Sur cent malades, quarante environ prennent des médicaments. Les mélancoliques chroniques sont libres de faire ce qui leur convient, en tant que leur sécurité et celle des autres ne sont pas exposées. Pendant longtemps d'abord, six mois, un an même, on s'applique principalement à favoriser la nutrition. Ce n'est que lorsque leur état physique est bien amélioré qu'on les encourage à occuper leur attention à quelque travail. Le Dr Gray professe que l'aspect des lèvres dans ces cas est une précieuse indication de l'état général. Il y a ordinairement, dit-il, une ligne purpurine sur leur bord, à l'endroit exactement où la membrane muqueuse se confond avec le tégument cutané, laquelle est l'indice de l'inertie de la circulation. Lorsque la nutrition est en progrès, cette ligne s'éteint progressivement, les lèvres deviennent plus rouges, les vaisseaux capillaires sont plus faciles à discerner et, en même temps, il y a retour d'activité dans la circulation cérébrale.

Les récréations théâtrales sont le principal amusement des malades; leur utilité était hautement proclamée. La salle de spectacle ne différait en rien de celle d'un théâtre ordinaire.

La camisole est quelquefois employée dans les cas d'agitation excessive. Quand on peut craindre que le malade ne s'épuise par un exercice exagéré, on le place dans des lits en boîte dont les côtés et le couvercle, en bois de sapin, ont de larges intervalles pour permettre une libre circulation de l'air autour des personnes ainsi enfermées. Pas de courroies de lit, mais parfois les malades sont attachés sur leurs siéges.

Le Dr Gay avait voulu, cette année même, faire un essai et il avait ordonné que le restraint mécanique, sous toutes les formes, fût aboli; mais bientôt il vit qu'il fallait y revenir de toute nécessité, convaincu que quelques malades atteints de manie aiguë seraient, autrement, morts d'un véritable épuisement dû à la station verticale permanente et à leurs mouvements aussi violents que continuels.

Parmi les causes, l'insolation est notée assez souvent; l'abus de soi-même est excessivement fréquent, mais moitié plus chez les hommes que chez les femmes. L'avortement contribue également pour une certaine part et, à cet égard, le Dr Gray écrivait dans un de ses derniers rapports : « Une femme m'a dit, et son mari en a eu la preuve, que sept avortements avaient été pratiqués sur elle par l'une de ses amies dont deux étaient des personnes fort estimées et membres de l'Église. Sa santé étant compromise, et une huitième tentative ayant échoué, elle

s'adressa à un médecin qui lui représenta combien cette pratique était criminelle, quels dangers elle faisait courir à sa santé, et qui l'engagea à ne jamais y revenir. Malgré cela, elle recourut ensuite à un charlatan qui parvint à la faire avorter; quelques mois après, elle était amenée à l'asile dans un pauvre état de santé générale et atteinte de mélancolie; tandis que son pasteur qui ignorait sa véritable histoire attribuait son dérangement mental à l'exaltation religieuse.

» Un ministre me disait dernièrement qu'une des dames les plus haut placées de sa paroisse, avait abordé sa femme pour lui conseiller de détruire son fruit en lui affirmant qu'elle pensait qu'il était bien d'agir ainsi, et elle lui cita plusieurs personnes qui avaient eu recours à cette manœuvre plutôt que de s'assujettir à élever des enfants. »

Le calme, l'ordre et la satisfaction règnent dans cet établissement; nombre de servants très-suffisant; bonne ventilation, bon mode de chauffage, fonctionnant depuis quelque temps; aussi le typhus, la fièvre typhoïde, l'érisipèle etc., ont presque entièrement disparu, malgré l'encombrement.

Chaque année on renvoie de quarante à soixante malades que le médecin considère comme inoffensifs, mais aucun contrôle ne paraît établi pour s'assurer de ce qu'ils deviennent. Une infinité d'autres sont dirigés chaque année sur les hospices!

Les dispositions prises dans l'État de New-York, pour les aliénés indigents, sont on ne peut plus défectueuses, puisque l'asile, à Utica, ne peut suffire pour en recevoir le tiers; les autres insensés, pour la plupart, vont peupler les hospices, où le traitement qu'ils reçoivent a plusieurs fois éveillé l'attention publique. En 1865, le Dr William fût désigné pour faire une enquête à ce sujet et présenter un rapport au président de l'Assemblée. Beaucoup de détails de ce travail sont déchirants; ce serait à n'y pas croire s'ils n'émanaient d'une telle autorité.

Il est donc heureux que l'on songe à remédier à cet état de choses; mais plusieurs médecins attachés aux asiles ont assuré au Dr A. Robertson que la situation des aliénés dans les hospices d'un grand nombre d'autres Etats de l'Union n'est en aucune façon meilleure que dans celui de New-York.

Voici quelques exemples :

Dans l'hospice du comté d'Albany, disposé pour trente et un insensés, on y en a entassé cent trois; on est obligé de réunir trois à cinq de ces infortunés dans une chambre ou dans

des cellules étroites, humides et privées d'air, situées au-dessous du sol, où un seul habitant, tout au plus, trouverait assez d'air pour s'y maintenir en santé.

Dans l'hospice de Broome, *on a rarement recours au fouet.*

Dans celui de Columbie, on indique que la grande majorité est tenue très-malproprement. Douze couchent sur la paille, sans lits, et cette paille est changée une ou deux fois par semaine. Absence de bas pendant l'hiver.

Dans celui de Cortland, les sexes ne sont pas entièrement séparés, et les servants du sexe masculin sont employés à soigner les aliénés du sexe féminin.

Comté de Delaware. Le rapport dit : « Les souffrances de ces malheureux qui sont privés de l'air et de la lumière du ciel, feraient l'objet d'un sombre chapitre de la misère humaine, si on pouvait l'écrire. »

Comté de Madisson. Trente-cinq malades, la plupart ayant des habits sales; de pauvres incapables les servent. Ceux qui sont en cellules sont très-malproprement tenus; beaucoup, faute de vases, salissent de leurs excréments la paille sur laquelle ils couchent. Cette paille n'est renouvelée qu'une fois par semaine, et ces malheureux dont le corps est couvert de leurs ordures, ne pouvant être mis chaque jour en plein air, mangent dans cette cellule dégoûtante et sans ventilation, et ne sont pas lavés une seule fois pendant le cours de l'année. Odeur nauséabonde dans laquelle vivent forcément ces pauvres créatures. Trois hommes étaient nus; les femmes n'avaient qu'une chemise; celles qui étaient plus calmes étaient vêtues comme les autres pauvres; quatorze n'avaient ni souliers ni bas pendant l'hiver.

Comté de Niagara. « *Le fouet est parfois, quoique rarement, employé pour aider à la discipline.* »

Comté de Saint-Laurent. On n'y connaît pas le manchon, mais le fouet y joue son rôle, et les malades violents sont mis *en cage*, pour les dompter. Propreté, ventilation, uniformité de chaleur en hiver font défaut. Les sexes ne sont pas séparés et se mêlent confusément, etc., etc.

Comté de Saratoga. Hospice en ruines, habitations et chambres à coucher mauvaises, infectes. Punition corporelle aux hommes, aux femmes et aux enfants; il est probable que les pauvres, non aliénés, reçoivent le même traitement.

Comté de Schenertady. Aucun arrangement pour les diverses formes de folie. Excepté la nuit, les sexes ne sont pas séparés.

Comté de Tioga. Les sexes ne sont pas entièrement séparés. Des infirmiers mâles, pris parmi les pauvres de l'hospice, font le service près des femmes aliénées. Chambres malpropres, air vicié. Sur vingt et un malades, cinq n'ont ni souliers ni bas pendant l'hiver. Le bâtiment ne devait contenir primitivement que huit insensés. Visites médicales rares, ou plutôt nulles.

Comté d'Ulster. On trouve, dans le rapport du comité chargé de visiter les établissements charitables, les notes suivantes : « Service des femmes aliénées fait par des hommes, résidants de l'établissement. Dix malades confinés dans des cellules; un est maintenu à l'aide de chaînes. Douze cellules à part on ne peut plus mal closes, et où il est bien difficile d'empêcher les malades de périr. » Ce rapport date de 1857; celui de 1864 n'indique pas qu'il y ait eu grand progrès depuis cette époque.

Comté de Greene. Rapport de 1857. « Six malades renfermés dans des cellules; cinq d'entre eux, dont deux femmes, sont enchaînés. Ils sont maintenus par la réclusion et à l'aide de chaînes attachées à leurs bras et à leurs jambes. Quelques-uns sont enchaînés au mur. » Au moment de la visite du comité, deux hommes et une femme furent sortis de leurs cellules pour prendre l'air, et tous furent enchaînés à la clôture, à quelques pieds les uns des autres. Des cellules ne reçoivent l'air que par une petite ouverture pratiquée dans la porte. Malades dans un état déplorable; aucun n'est guéri ou amélioré, et on conçoit que dans de telles conditions de traitement il ne puisse en être autrement.

On peut résumer le tableau par les remarques du Dr Willard : « Dans quelques-uns de ces établissements, les aliénés sont enfermés dans des cages ou des cellules sombres et semblables à des prisons, comme s'ils étaient des criminels condamnés, et non de pauvres infortunés dont la raison est éteinte. Bien souvent on les laisse coucher sur la paille, comme des animaux, sans aucune autre fourniture de lit; des vingtaines endurent le froid rigoureux et la gelée sans qu'il leur soit donné des chaussures ou des bas. Ce sont des aliénés indigents, toute communication leur est interdite avec la charité du monde, où du moins ils pourraient mendier une paire de souliers. Être insensé, dans une étroite cellule, peut-être sans vêtements; coucher sur la paille ou sur un banc, recevoir l'air, la lumière et la chaleur par une ouverture microscopique pratiquée dans une porte grossière, une porte de prison; privé de

sympathie et de la vie sociale, n'avoir de rapport qu'avec un aliéné comme soi, sans une parole amie et consolante, sans espoir encourageant pour l'avenir? Est-il un tableau plus affligeant? Et pourtant la couleur n'en est pas outrée. »

Le Dr A. Robertson croit qu'un grand pas serait fait pour remédier à tant de maux, si un comité général pour l'aliénation était organisé dans les États-Unis, ne fût-il même que temporaire; il indique tout le bien que pourraient opérer les médecins directeurs de quelques-uns des établissements d'aliénés s'ils étaient appelés à en faire partie; mais c'est là un vœu, dit-il, qui sera sans effet probablement, attendu que la création d'un comité général est en opposition avec l'esprit de la constitution des États-Unis, qui laisse chaque État diriger ses affaires intérieures indépendamment du gouvernement central.

Les médecins aliénistes américains ont si franchement initié le Dr A. Robertson à toutes ces tristesses, ils lui ont fourni tant de renseignements, qu'ils pouvaient à la rigueur cacher à ses investigations, qu'il semble qu'ils ont espéré que leur voix impuissante, ou du moins peu écoutée dans leur propre pays, aurait plus de force et d'autorité en revenant comme un écho des rivages de l'ancien monde. S'il en est ainsi, ils ne pouvaient avoir un meilleur interprète que l'honorable et distingué confrère dont je viens d'analyser le travail; il a en effet apprécié tous les faits avec autant de sagacité que de convenance, et il a eu le bon esprit de ne pas chercher à établir des termes de comparaison, pour se donner l'occasion de vanter l'organisation des asiles de l'Angleterre. Puissent tous ces efforts contribuer « *à effacer cette tache qui ternit le beau nom de la nation américaine.* » Ce résultat sera atteint tôt ou tard, comme en Europe, grâce surtout à l'influence et au courage des médecins. Souhaitons que nos confrères de l'autre côté de l'Océan soient alors récompensés par la gratitude de leurs malades et la reconnaissance des familles, par les bienveillantes dispositions des magistrats, les loyales et véridiques appréciations des journalistes et des romanciers et les encouragements d'un public aussi juste qu'éclairé!!

Sous ce titre : « Incertitudes médico-légales, » le Dr W. Eastwood n'entend pas aborder tous les côtés de ce vaste sujet, il veut seulement attirer l'attention sur certains points de la question, tenant à diverses causes qu'il convient de diviser en médicales et légales.

Dans les tribunaux, dit-il, on semble complétement perdre de vue que dans les causes d'un intérêt psychologique, c'est l'esprit humain avec toutes ses opérations complexes qui est à considérer, et qu'il n'y a pas de sujet plus difficile à comprendre. Il n'existe pas de définition exacte de la folie, soit médicale soit légale, et il n'y a pas d'étalon de santé, si ce n'est celui que chacun se crée pour lui-même. Le *mens sana in corpore sano* n'a lieu qu'en paroles; c'est un type idéal, car qui a jamais réussi à donner une définition du « mens sana. » Jamais les difficultés provenant de cette source ne pourront être levées; mais celles qui dérivent de la variété des témoignages médicaux peuvent être presque entièrement surmontées par un mode différent de procédure dans les cours de justice. On ne se met pas dans l'esprit qu'il y a une classe nombreuse d'individus, surtout parmi notre population criminelle, qui est sur la limite étroite qui sépare la sanité de l'esprit de l'insanité, dont les instincts moraux sont des plus faibles, effet de l'organisation ou de l'éducation.

» Il ne faut donc guère compter que les divergences d'opinion puissent être effacées, mais il est possible de les renfermer dans des limites beaucoup plus étroites. Les hommes de loi font souvent de sévères commentaires sur les attestations médicales, et, de plus, les magistrats et la presse ne ménagent pas leurs expressions; tandis que les incertitudes causées par l'état de la loi elle-même et la pratique des différents juges n'ont que fort peu attiré l'attention en dehors du monde médical. »

Après ce préambule, le Dr Eastwood envisage les quatre sujets suivants : 1° capacité légale de faire un testament; 2° preuve de la sanité d'esprit d'un individu, et aptitude à gérer ses propres affaires; 3° question de la folie dans les causes criminelles; 4° admissibilité du témoignage d'une personne insensée devant un tribunal.

Dans le développement de ces questions, l'auteur fait ressortir à chaque pas, en citant les exemples les plus probants, les insuffisances de la loi et les contradictions continuelles des juges et des magistrats, qui ont donné des définitions et des conclusions, prononcé des arrêts les plus opposés dans des cas similaires. On consultera ce travail aveo grand fruit bien que la législation et la procédure anglaises s'écartent sur beaucoup de points de la législation et de la procédure françaises.

Le Dr Eastwood conclut ainsi : « Lorsque tant d'hommes des

plus distingués dans deux professions savantes (le droit et la médecine) sont en désaccord à ce degré, il faut qu'il y ait quelque chose d'erroné dans l'état de la loi et dans la procédure des cours. De grandes réformes sont nécessaires sur un bon nombre de sujets, mais, au moins, une bonne partie du chemin serait faite par la création d'une commission bien choisie de médecins, pour tous les cas où il y aurait apparence de contestation, afin de décider certaines questions, et d'éviter ainsi certaines discussions peu dignes qui discréditent si souvent notre profession et portent un préjudice réel aux individus. Je crois avoir suffisamment démontré que la faute ne doit pas toujours nous être attribuée. Bien plus, si les conseils médicaux, de l'une et de l'autre partie, étaient pour se réunir dans un esprit d'entente, et pour examiner ensemble les divers côtés de l'affaire, beaucoup de divergences d'opinion pourraient être évitées. Néanmoins, aucune entente parmi nous ne remédiera entièrement à l'état des choses sans une modification dans la loi, et j'ai de grandes espérances en ce sens, grâce aux moyens qui sont tentés aujourd'hui. Le nouveau bureau (département) de médecine d'état (state medecine) s'est rapidement organisé, et il a demandé qu'une commission royale fût instituée pour l'examen d'une infinité de sujets du plus grand intérêt pour notre profession, et ce comité a été aussi pressant que persévérant. L'initiative a été prise par un comité mixte de la « *Social science association* » et de la « *British Medical association*, » et leurs efforts ont déjà réussi à saisir le gouvernement de ce sujet. »

Un cas d'aliénation mentale qui a paru reconnaître pour point de départ le vice syphilitique s'est présenté à l'asile de Hayward's Heath (Sussex), et le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique du cerveau fait par le Dr Moxon, médecin-adjoint et démonstrateur d'anatomie morbide à « Guy's Hospital. » L'observation de ce cas et les détails microscopiques sont rapportés ici avec le plus grand soin par le médecin-adjoint de l'asile, le Dr Williams, qui se demande ensuite : quels sont les symptômes à l'aide desquels, pendant la vie, un tel état du cerveau peut être diagnostiqué? Une réponse n'est possible que par la comparaison de ce cas avec les observations bien authentiques et analogues déjà publiées.

« Autant qu'on peut présumer d'après le siége de l'affection, bon nombre des symptômes doivent être rapportés à l'encé-

phale; et parmi eux aucun ne semble plus fréquent qu'une douleur névralgique intense, apparaissant souvent soudainement et disparaissant également avec la même rapidité. Le malade trouve toujours que cette douleur est très-profondément située et qu'elle occupe généralement la partie postérieure de la tête. Le Dr Westphal de Berlin, le Dr Ludwig Meyer, et les Drs Gros et Lancereaux insistent tous sur ce symptôme. Il est vrai que dans le tubercule du cerveau, une douleur ayant la plus grande ressemblance est aussi ressentie, mais, comme Wagner le fait remarquer, le tubercule du cerveau ne se voit qu'à quelques rares exceptions près sans d'autres tubercules dans d'autres parties du corps.

» Avec cette céphalalgie nous avons des bruits dans les oreilles, un affaiblissement graduel des sens de la vue et de l'ouïe. Dans quelques cas, d'après certains auteurs, une fièvre symptomatique accompagne les premières phases de l'affection et coïncide avec les paroxysmes de la douleur encéphalique. Un tel cortége de symptômes doit toujours faire soupçonner au praticien quelque teinte syphilitique, et si une syphilis secondaire peut être découverte, le diagnostic des symptômes du côté de la tête ne saurait être douteux. Plus tard, quand la maladie a progressé, des attaques épileptiformes ou apoplectiformes se montrent plus ou moins fréquemment, et, autant qu'on peut en juger d'après l'observation précédente, le progrès de la paralysie est évident après chaque crise. La paralysie, en effet, est un accompagnement à peu près invariable de cette maladie, et je ne connais qu'un seul cas (Wagner, *Archiv. der Heilkunde*, 1863), ayant eu une terminaison fatale, où la paralysie ait fait défaut. On doit réellement supposer que la paralysie est un effet nécessaire du syphilôme du cerveau. Le coma apparaît ensuite et amène promptement la mort.

» Les phénomènes de l'ordre mental accompagnant ces symptômes physiques, varient, à ce qu'il semble, au début de l'affection; ils présentent parfois la forme maniaque, mais plus souvent la forme mélancolique. Ainsi, dans les sept cas rapportés par Ludwig Meyer, la mélancolie a été notée cinq fois et la manie deux fois seulement. Dans les trois cas appartenant à Leidesdorf, deux fois la mélancolie semble avoir existé; enfin dans la majorité des observations recueillies par les Drs Gros et Lancereaux, cette mélancolie hypocondriaque était bien accentuée. A dater du moment où apparaissent les attaques épileptiformes, les forces intellectuelles commencent

à décliner; et à mesure que la paralysie augmente, la démence devient graduellement plus profonde et se termine par un idiotisme (amentia) à peu près complet. »

Le Dr Williams termine son excellent travail en établissant que les détails de l'examen microscopique du Dr Moxon sont d'accord, dans toutes leurs particularités importantes, avec ceux observés et rapportés, soit par Lebert, soit par Wirchow, pour les cas d'affections syphilitiques qu'ils ont observés.

Les notes de ce numéro du « Mental science, » contiennent les faits suivants :

Deux actions devant la justice ont été intentées par des malades sous prétexte d'emprisonnement illégal dans un asile. Le premier procès est celui de M. Johnstone contre M. Cotham; le plaignant, chapelain de l'hôpital de « Sainte-Mary, » demandait 75,000 fr. de dommages-intérêts pour avoir été placé par le défendeur dans un asile d'aliénés. Bien qu'il fût prouvé que M. Cotham n'avait été dirigé que par des motifs de sollicitude, de bienveillance et de pitié pour le plaignant, bien que les preuves de toute nature, outre les nombreuses et unanimes attestations médicales, aient été produites, les sympathies du jury allaient donner gain de cause au plaignant sans le résumé clair et décisif du lord président. Le jury contraint et forcé s'est un peu dédommagé en donnant carrière à son profond mécontentement pour la manière dont le plaignant avait été conduit dans la maison de santé. M. Cotham avait mis tranquillement le sieur Jonhstone dans un cab, à deux heures du matin, et accompagné d'un policeman en costume, l'avait conduit à sa destination. L'auteur de la note se demande, avec raison, ce que le jury aurait dit, si l'on eût eu recours à un bon petit mensonge pour enlever le malade, au lieu de l'avoir honnêtement informé de ce qu'on allait faire.

Dans la seconde affaire, celle de Gent contre Glennie et Ray, le plaignant accusait son beau-frère qui, sans aucun intérêt personnel, et uniquement sur les plaintes pressantes des filles du malade, avait fait les demandes nécessaires pour protéger celles-ci et placer Gent dans un asile. Des preuves incontestables de la folie dangereuse de Gent, au moment de son internement, décidèrent le jury à prononcer immédiatement un verdict en faveur de M. Glennie et du chef de l'établissement, M. Ray.

Les deux cas étaient pour ainsi dire similaires, les deux malades n'étaient devenus insensés que pour avoir, à ce qu'il paraît, trop écouté leur faible pour les boissons alcooliques; et, ainsi que cela se passe ordinairement, un régime, un traitement et un milieu convenables avaient promptement ramené la raison. C'est dans ces circonstances que gît l'espoir de l'attaque. Viennent ensuite, à propos de ces faits, des réflexions fort judicieuses sur la folie alcoolique et sur la manière dont le président avait posé les questions au jury dans l'affaire Gent, et, enfin, des citations importantes d'un travail de Conolly qui, il y a vingt-deux ans, répondit à de semblables assertions émises par le lord chef baron Pollock. Cet opuscule de Conolly qui eut trois éditions : « Remontrance au lord chef baron, » fut suivi d'une lettre des commissaires pour l'aliénation au lord chancelier, qui fut imprimée par ordre de la chambre des communes. Le débat porte sur l'interprétation de la loi sur les aliénés que les juges dans les procès en question ont résumée ainsi : « Il est indubitable qu'il ne pourrait y avoir aucune excuse pour la séquestration du plaignant dans un asile d'aliénés, à moins qu'il ne fût, au moment où l'ordre pour sa réception dans la maison de santé a été signé, une personne d'un esprit non sain, dans un tel état de maladie mentale qu'il fût privé de l'usage de sa raison et dangereux pour lui-même et pour ceux qui l'approchent. »

Etranges propositions, qui, si elles étaient la juste expression de la loi, ne laisseraient plus aux commissaires pour l'aliénation et aux magistrats de comté qu'à ordonner le renvoi immédiat d'au moins les trois quarts des aliénés qui peuplent actuellement les asiles!

Un épileptique, nommé Bisgrove, avait été condamné à mort pour un homicide, ainsi qu'un nommé Sweet qu'on croyait être son complice. Après le prononcé de la sentence, Bisgrove avoua le crime et prouva qu'il n'avait pas de complice. Sweet échappa donc au dernier supplice que Bisgrove allait subir sans aucun doute (sort qu'ont eu beaucoup d'autres prisonniers aliénés), lorsque l'intervention bienveillante d'un clergyman vint changer la face des choses. Sans connaître quoi que ce fût du condamné, mais frappé de l'absence de motifs et du caractère étrange du meurtre, il se livra à des recherches nombreuses sur la vie et les antécédents de Bisgrove. Alors il écrivit au secrétaire d'Etat pour lui communiquer le résultat de ses investigations qui furent confirmées de divers côtés; puis une en-

quête régulière eut lieu et en définitive Bisgrove fut placé à l'asile de Broadmoor.

L'auteur de la note plaisante assez finement à cette occasion le journal « Saturday Review, » qui semble regretter qu'on n'ait pas pendu Bisgrove et Sweet et qui n'a pas la moindre idée des impulsions maladives et terribles de l'épilepsie.

Le Dr Kellogg, médecin américain, a publié dans « *The American journal of insanity*, » numéro de janvier 1869, des notes sur les principaux asiles de l'Europe qu'il a visités. Il exprime son opinion sur les conséquences du système du non-restraint poussé à ses dernières limites, et il a vu dit-il, en Angleterre, le bain de l'intraitable, « *refractory bath*, » qui consiste en une baignoire recouverte d'un couvercle en bois percée, à sa partie supérieure, d'une ouverture à travers laquelle passe la tête du malade qui est maintenu durant plusieurs heures dans cette position et cela quelquefois pendant une semaine. Le corps est ainsi plongé dans l'eau et des affusions froides sans doute sont administrées. Le Dr Kellogg pense que ce moyen ne peut être ni médical ni moral, contrairement à l'opinion du jeune médecin qui le guidait dans l'établissement où ce genre de bain est mis en usage.

« Ailleurs, comme curiosité du système de non-restraint, il a vu un aliéné qui était en chambre matelassée depuis plus d'une année, parce qu'il ne pouvait garder ses vêtements. Pendant ce temps il était survenu une fracture qui, grâce à la continuation du non-restraint, avait guéri comme elle avait pu et sans le moindre souci de la difformité. Quand la porte de la chambre fut ouverte, on aperçut un homme aux muscles puissants tapi sur les débris d'un matelas et de couvertures, dans une complète nudité. »

A Hanwell, le Dr Kellogg était accompagné du chef surveillant qui y serait employé depuis quinze ans, et voici quel aurait été leur entretien :

« Que faites-vous avec vos masturbateurs incorrigibles? — Qu'ils se masturbent jusqu'à ce qu'ils meurent, fut-il promptement répondu. — Ne pensez-vous pas qu'une méthode de restraint mécanique, convenablement régularisée, et sous une stricte surveillance médicale, ne serait pas avantageuse dans certains cas ? — Certainement, dit-il promptement, mais l'autorité médicale n'est pas ici prédominante. Ceci est le fait d'autres personnes qui, le plus souvent, n'ont guère l'idée des nécessités de certains cas que nous avons à notre charge;

d'ailleurs l'opinion publique y est opposée, et aucun médecin ne peut s'en faire l'avocat sans rompre en visière avec les commissaires (*commissioners*) dont les rapports défavorables sur le traitement prescrit lui feraient perdre sa position ! Nous espérons que ceci ne tombera pas sous les yeux des commissaires visiteurs de Hanwell et que ce loyal serviteur, depuis quinze ans, ne sera pas privé de son emploi pour avoir librement exprimé son avis sur le restraint mécanique. »

L'auteur des notes du *Mental Science* est on ne peut plus surpris des révélations du Dr Kellogg ; il est loin de vouloir donner un démenti à cet honorable confrère, mais il voudrait plus de détails, plus de précision, le nom de l'établissement où le bain de *l'intraitable* est en vigueur, etc., etc.

Ne pourrait-on pas alléguer, au moins pour une partie de la justification du surveillant de Hanwell, qu'il est au courant de ce que publient les aliénistes les plus distingués de l'époque et qu'il a pris *au pied de la lettre* ce qu'écrivait, il y a peu de temps, un d'eux, le Dr Maudsley, à propos des masturbateurs et des ivrognes, êtres aussi dégoûtants qu'incorrigibles !

JOURNAUX ITALIENS

Années 1869 et 1870.

Gazette médicale italienne (Lombardie).

Janvier 1869. — N° 1. Pathologie des convulsions. Expérience du professeur Paolo Mantegazza. L'auteur croit pouvoir tirer de ses expérimentations que la fibre musculaire peut conserver sa contractilité, ses propriétés caractéristiques, même en l'absence de l'influx nerveux, que certains poisons, certaines substances irritantes, parmi lesquelles il range l'urée, peuvent avoir sur elle une action spéciale. Il propose la division suivante des convulsions en trois grandes classes, appuyées sur le critérium de la physiologie pathologique.

1° Convulsions centrales (tétanos, empoisonnement par la strychnine, tumeur cérébrale ou spinale, etc., etc.).

2° Convulsions nerveuses périphériques (névralgies traumatiques, névromes, tumeurs périphériques, etc.).

3° Convulsions idiomusculaires (par urémie, et probablement

par suite de la présence dans le sang de poisons spéciaux et de substances spéciales).

Mars. — N° 13. Observation d'un cas de paraplégie hystérique ancienne, traitée et rapidement guérie par l'électricité. Clinique médicale de Pavie, mai et juin 1868. Notes et considérations du professseur Francesco Orsi.

Novembre. — N° 45. Traitement et guérison de la névralgie sciatique par l'application de la plante Ranunculus acris. — Le Dr Pietro Roncati rapporte huit observations de guérison. Il réduit la plante en une sorte de pâte en la pilant dans un mortier, il applique cette pâte à la plante du pied ; il se produit une vésication souvent assez douloureuse, suivie d'une plaie qui guérit dans l'espace de deux ou trois semaines. Ce topique a réussi dans des cas où les vésicatoires, la morphine, la cautérisation même avaient échoué.

(Un certain nombre de numéros du journal ne nous sont pas parvenus. Nous n'avons pas reçu la Table des matières. Quelques travaux sur les affections nerveuses peuvent nous avoir ainsi échappé, sans qu'il y ait eu négligence de notre part.)

Mars 1870. — N° 12. Recherches sur la structure de la zone ciliaire de la rétine ; par le Dr Nicolo Manfredi. L'auteur formule les conclusions suivantes : 1° Ce tissu n'est pas de nature connective comme le pense Kölliker, mais épithéliale.

2° On n'y reconnaît pas les caractères de l'épithélium pavimenteux (Ritter), mais bien de l'épithélium cylindrique qui devient pavimenteux à sa terminaison antérieure.

3° Ce tissu s'appuie à l'extérieur sur l'épithélium pavimenteux de la choroïde, comme on le peut constater sur le lapin blanc où les cellules de cette membrane n'ont pas de pigment.

4° A l'intérieur, c'est-à-dire vers le corps vitré, les éléments de ce tissu adhèrent à une membrane hyaline, etc.

Mars. — N° 12. Revue clinique, par le Dr Achille de Giovanni. Observations intéressantes de diverses affections du système nerveux.

Avril. — N° 17. De l'électricité dans le traitement de l'épilepsie, des névralgies et des névroses. Les résultats paraissent avoir été assez satisfaisants au Dr Gregorio Ottoni : il convient toutefois que la guérison ne s'est pas toujours maintenue, quand on a cessé l'électrisation. Dans quelques névralgies cependant il a eu des succès durables.

Mai. — N° 20. Du traitement du tétanos par le curare. — Mémoire du Dr Filippo Lussana. L'auteur déclare ne pas par-

tager la confiance que les Drs Moroni et Schivardi montrent pour cet agent. Il professe ouvertement cette opinion que le meilleur traitement du tétanos, c'est de soustraire le malade à toute cause d'excitation; il n'emploie que l'opium ou le hasehieh, et il croit que c'est le moyen d'être vraiment utile que d'avoir le rare courage de faire le moins possible.

Juin. — N° 23. Guérison d'un tétanos traumatique par le Dr Angelo Poma. Observation très-intéressante d'une jeune fille de 19 ans, qui, à la suite d'une plaie mal pansée, fut prise d'un tétanos des plus violents. Elle fut traitée par le sulfate de quinine, 2 grammes dissous dans 60 grammes d'eau; avec addition de 30 gouttes de laudanum de Sydenham, frictions sur la colonne vertébrale avec un liniment chloroformé. Au septième jour de ce traitement, légère amélioration. Rien ne fut changé à la médication, jusqu'au dix-septième jour, où la guérison parut certaine. La malade avait pris 34 grammes de sulfate de quinine, 25 grammes de laudanum. Elle n'éprouva aucun accident de l'administration de la quinine. La convalescence dura environ deux mois.

Juin. — N° 25. De la préférence à donner à la cautérisation de l'oreille, sur l'emploi de la ranunculus acris, dans le traitement de la sciatique : par le Dr Giovanni Fineo. Nous avions impartialement rendu compte des succès du Dr Pietro Duchini, nous enregistrons de même les observations du Dr Finco. La cautérisation de l'oreille a été préconisée aussi en France, nous ne sachions pas qu'elle ait donné des succès assez incontestables pour entrer définitivement dans la thérapeutique des névralgies. Les dissidences en pareille matière sont chose si commune que nous croyons inutile d'insister, et impossible de faire mieux que de signaler, sans commentaires, des expérimentations que chacun pourra juger. Le Dr Duchini tient d'ailleurs à sa méthode qu'il défend vigoureusement dans une lettre insérée au n° 27 (juillet) du même journal.

Juillet. — N° 28. Un cas de guérison de somnambulisme par l'emploi du bromure de potassium. Le Dr Levi est consulté pour une jeune femme de 24 ans, qui toutes les nuits avait un accès de somnambulisme. Il lui donne le bromure de potassium d'abord à la dose de 2 grammes, augmente progressivement jusqu'à 6 grammes qu'il ne peut dépasser, puis diminue peu à peu. Ce qui manque à l'observation, c'est la durée du traitement.

Avril. — N° 33. Traitement de quelques pellagreux par l'acétate de plomb et l'acide arsénieux. Lettre du Dr Cremarchi au prof. Lombroso. L'absence de détails, l'exposé trop bref des symptômes enlève à cette courte note beaucoup de l'intérêt scientifique qu'elle eût pu avoir. Le Dr Lombroso, dont nous connaissons les travaux, les observations si patiemment recueillies, a dû adresser à son correspondant les mêmes critiques que nous.

L'investissement de Paris nous a privés pendant cinq longs mois de tout échange avec nos correspondants. Nous rendrons compte plus tard des travaux de nos confrères d'Italie, qui, plus heureux que nous, n'auront pas été distraits de leurs préoccupations scientifiques par de dures épreuves.

A. Motet.

JOURNAUX ALLEMANDS

1868 et 1869.

Correspondenz Blatt für psychiatrie.

Année 1868 (fin). Voir *Annales*, *mai* 1871.

Mai, 1° *Cas intense d'hystérie guéri par l'emploi répété des eaux d'Ems*; par le Dr Franque.

2° *Cas de mélancolie avec angoisse précordiale guérie par le bromure de potassium;* par le Dr Kelp.

Juin, *Une visite à l'asile hessois de Heppenheim;* par le Dr Erlenmeyer.

Juillet, 1° *De l'état mental du comte Chorinsky*; par le Dr M***.

On se souvient du bruit fait par ce procès. Deux des experts (Morel, de Rouen et Meyer, de Göttingue) déclaraient l'accusé aliéné, tandis que le Dr Gudden l'envisageait comme responsable.

L'auteur croit trouver une preuve que Chorinsky est aliéné dans le fait qu'il aurait simulé la folie, s'il avait été sain d'esprit; car il avait bien dû s'apercevoir que la justice avait des doutes

à cet égard. — On sait que, comme l'avait prédit Morel, il est actuellement en pleine paralysie générale.

2° *Rapport sur l'asile de Rudolstadt pour* 1867 ; par le Dr Otto.

Aout, 1° *De la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne*, d'après la *Gazette des hôpitaux;* par le Dr Kelp.

2° *De la paralysie générale des aliénés, et de la dégénérescence amyloïde* ; par R***.

L'auteur anonyme pense qu'aucune des théories émises jusqu'à présent sur la base anatomique de la paralysie générale n'est la vraie. Pour lui, il s'agit ici d'une dégénéreseence amyloïde du cerveau, analogue à celle qu'on observe dans les reins, la rate, le foie; malheureusement il ne cite aucun fait positif à l'appui de sa théorie.

Septembre, 1° *Un hématome de la dure-mère* ; par le Dr Petri.
2° *Lettres psychiatriques de France* (anonyme).

Dans une série de lettres très-intéressantes, l'auteur raconte ce qu'il a vu à Paris dans le domaine de la psychiatrie et ses visites dans les asiles du département de la Seine. Il dit beaucoup de bien du bureau central d'admission qu'il compare à l'asile de ville proposé par Griesinger et leur trouve beaucoup de points de ressemblance. Le principe en est le même et le narrateur voudrait voir introduire une installation semblable dans toutes les villes un peu considérables d'Allemagne. (On sait d'ailleurs que l'analogue existe à Vienne, sous la direction du professeur Schlager). L'auteur s'élève contre la tenue des « dépôts » où de malheureux aliénés recueillis par la police passent souvent une journée entière confondus avec des prévenus et des criminels. Il voudrait que le bureau central d'admission fût situé au centre de Paris.

Octobre, 1° *Etat nécroscopique de la rétine d'un œil affecté d'amaurose* ; par le Dr Otto.

2° *Second rapport sur les colonies de l'asile de Bendorf;* par le Dr Erlenmeyer.

Novembre, 1° *Casuistique des névroses et de la folie;* par le Dr Kelp. Plusieurs cas intéressants.
2° *Suite des lettres psychiatriques de France.*

DÉCEMBRE, 1° *Casuistique des névroses et de la folie*; par le Dr Kelp (suite).

2° *Lettres psychiatriques de France* (suite). (Ferme Sainte-Anne, Ville-Evrard.)

Année 1869 (1).

1° *Du diagnostic de la syphilis intracrânienne*; par le Dr Erlenmeyer.

Dans le plus grand nombre des cas de paralysie générale, l'histoire des antécédents montre, dit Erlenmeyer, que le malade a été syphilitique, et peut-être cette infection est-elle la base de tous les cas de paralysie, quoique l'autopsie permette rarement de la constater. Quoi qu'il en soit, il y a des cas de paralysie syphilitique fort difficiles à distinguer des cas ordinaires de paralysie générale. Les recherches de l'auteur l'ont conduit à établir une série de symptômes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel d'une manière à peu près certaine ; mais son premier article, que d'autres n'ont pas encore suivi, est trop incomplet pour qu'il soit possible de se rendre compte du tout.

2° *Revue de psychologie légale dans les dernières années;* par le Dr Welter. Premier article. Analyse de l'ouvrage de M. Laurent sur la simulation de la folie.

3° *Tableaux statistiques de l'asile de San Benedetto à Pesaro;* par le Dr Monti.

4° *Communications psychiatriques ;* par le Dr Ullersperger.

Cas de mélancolie suicide. Des aliénés en Pensylvanie. L'asile anglais Royal-Albert pour les idiots et les imbéciles. Du tartre stibié dans le delirium tremens.

5° *De l'assistance des aliénés dans les principautés danubiennes;* par le Dr Schreiber.

Les principautés danubiennes n'ont actuellement que cinq asiles d'aliénés, tous entretenus par l'État et renfermant ensem-

(1) Depuis cette année le Correspondenz Blatt s'est réuni aux « Archives de la Société allemande de psychiatrie. » Le comité de rédaction reste le même. (Dr C.).

ble 235 lits. La question des aliénés est encore en retard dans ces pays.

6° *Des thromboses des sinus cérébraux ;* par le Dr Kelp.
7° *Rapport sur l'asile de Wehnen pour l'année* 1868 ; par le Dr Kelp.

8° *Morphine et papavérine ;* par le Dr Welter.

Voici les conclusions de M. Welter :

1° La papavérine peut produire un sommeil plus long et plus profond que la morphine, mais elle ne développe son effet qu'au bout de quelques heures.

2° La papavérine rétrécit la pupille beaucoup plus que la morphine.

3° La papavérine diminue la fréquence du pouls beaucoup plus que la morphine.

4° A cause de ces deux dernières qualités, la papavérine convient mieux que la morphine comme antidote de l'atropine.

5° La papavérine ne trouble pas la digestion comme la morphine.

6° La papavérine est cependant inférieure à la morphine en ceci, que son peu de solubilité la rend difficile à employer. En outre elle n'agit pas autant comme calmant général sur le système psychique.

Le dernier mot n'est pas dit sur l'efficacité de la papavérine ; d'autres expérimentateurs la déclarent à peu près inerte.

9° *Le chloral, nouvel hypnotique ;* par le Dr Liebreich.

Cet article, écrit par celui même qui a le premier attiré l'attention des médecins sur le chloral, n'a plus d'actualité ; il date de 1869.

10° *Du bromure de potassium ;* par le Dr Kelp.

11° *Rapport sur l'asile de Rudolstadt, pour l'année* 1868 ; par le Dr Otto.

12° *De l'aphasie ;* par le Dr Kelp.

13° *Des tubercules de la choroïde* (d'après Bouchut) ; par le Dr Kelp.

14° *Du chloral ;* par le Dr Erlenmeyer.

15° *De la perception de sensations lumineuses et de la vision dans l'obscurité ;* par le Dr Schmitt.

On connaît déjà quelques cas de nyctalopie chez l'homme,

mais l'auteur en rapporte de très-curieux. Dans la même famille, la mère, deux frères et une sœur, qui ont des hallucinations de la vue, mais sans être nullement aliénés, voient parfois parfaitement clair dans l'obscurité la plus profonde, et distinguent à plusieurs centaines de pas des objets même assez petits. Il y a une véritable hallucination de lumière. A ces faits se rattachent les observations faites sur lui-même par le docteur Hacley, qu'une affection grave des yeux, occasionnée par l'abus du microscope, avait obligé à séjourner pendant dix-sept mois dans l'obscurité. Il s'y était si bien habitué qu'il savait parfaitement reconnaître à la vue tous les meubles et objets de sa chambre, et lorsque pour la première fois on lui ôta dans la même chambre obscure l'appareil qui lui couvrait les yeux, il vit très-clair autour de lui.

16° *De la question des aliénés au point de vue social, et des moyens de parer à l'invasion de la folie ;* par le Dr Leidesdorf.

La première partie de ce thème est connue de tous les aliénistes; les dangers, les embarras et les dommages que les aliénés peuvent occasionner à la société et aux familles ne se montrent que trop souvent dans la vie pratique. Dans la seconde partie de son discours, Leidesdorf insiste avec raison sur les moyens prophylactiques propres à combattre le nombre toujours croissant des aliénés, moyens beaucoup trop négligés, et qui sont de nature en partie sociale (Sociétés de tempérance, contre le tabac, amélioration du sort de la classe ouvrière, etc.), et en partie hygiénique et médicale. (Hérédité, mariages consanguins, éducation, etc.)

17° *La colonie de Reckartz en Saxe;* par le Dr Erth.

Cette nouvelle colonie, qui pourra recevoir quarante malades, est une dépendance de l'asile de Hubertsburg qui renferme sept cent soixante malades femmes. Cette colonie sera la quinzième en Europe.

18° *De l'enseignement clinique de la psychiatrie;* par Erlenmeyer.

L'auteur, qui n'a pas la prétention d'émettre de nouvelles idées sur le sujet, reprend un des thèmes favoris de Griesinger, dans la pensée qu'on ne peut trop revenir sur un point si important de la pratique psychiatrique, car même en Allemagne, sur plus de vingt universités, il n'y en a que trois ou quatre qui possèdent une clinique de psychiatrie. On devrait donc

installer une clinique dans toutes les universités en utilisant pour cela les asiles existants. Dans les villes où il n'y a pas d'asiles, on devrait établir des asiles d'admission d'après le système du bureau central de Paris, ou de l'asile de ville de Griesinger. Les médecins de ces asiles seraient professeurs de psychiatrie à l'université.

19° *De l'établissement d'un asile d'aliénés sur le district de Cassel*; par le Dr Welter.

20° *Nouveau mode d'alimentation artificielle des aliénés*; par le Dr Koch.

Au lieu de la sonde, le Dr Koch se sert depuis plusieurs années et avec un succès constant d'une bouteille en verre tout à fait semblable à celle qu'on emploie dans l'alimentation des nouveau-nés. La partie qui s'introduit dans la bouche est en zinc, et assez solide pour que le malade ne puisse pas l'écraser avec les dents. A l'autre extrémité de la bouteille, au cul-de-sac, se trouve une petite ouverture fermée par un bouchon à l'ordinaire, mais par le doigt indicateur du médecin lorsqu'il se sert de l'appareil. Pour nourrir le malade, on le fixe sur son lit, et on lui pince le nez de manière à l'obliger à ouvrir la bouche ; on y introduit alors la canule en zinc et on laisse couler le liquide en laissant libre l'ouverture du fond de la bouteille : le doigt l'ouvre et la ferme alternativement, et il en résulte une succession de gorgées entre chacune desquelles le malade peut facilement respirer.

21° *De la microcéphalie*; par le Dr Karl Vogt.

Résumé d'un discours fait à Vienne en 1869. On sait tout l'intérêt qui se rattache à ce sujet et quelle verve le professeur génevois met à le développer, mais il sort trop du cadre spécial des *Annales* pour que nous puissions nous y arrêter ici.

22° *De la colonisation des aliénés*; par le Dr Erlenmeyer.

Excellent résumé de tout ce qui a été dit jusqu'à présent sur les colonies d'aliénés. L'auteur pense avec raison que le système qui consiste à avoir une colonie (ferme) dans le voisinage de chaque asile fermé, est bien le meilleur. Beaucoup d'aliénés inoffensifs et travailleurs peuvent y être soignés à moins de frais et avec une plus forte dose de liberté. La colonie forme une unité administrative et médicale avec l'asile: elle en est le complément indispensable.

Prager-Vierteljahrschrift.

année 1869.

1° *De la température du corps dans les névroses*; par le Dr Wunderlich.

Les névroses franches ne présentent en général aucune modification de la température. Il y a cependant des exceptions; ainsi les névroses intermittentes résultant d'une infection paludéenne (malaria), les névroses hystériques et les névroses vaso-motrices offrent quelquefois des variations considérables de la température. Un fait des plus intéressants et que Wunderlich a le premier constaté, c'est l'élévation souvent très-considérable de la température qui se produit parfois dans la dernière période des névroses mortelles (en particulier du tétanos) et en général des affections graves des centres nerveux. Ce phénomène autoriserait à croire qu'il y a quelque part dans le cerveau un centre modérateur de la chaleur animale et que lorsqu'il est atteint par une affection grave, le trouble fonctionnel qui en résulte permet une élévation de la température bien plus considérable qu'à l'état normal.

2° *Cas de tétanos guéri par des injections sous-cutanées de morphine*; par le Dr Fick.

3° *Des paralysies de la face*; par le Dr Rosenthal.

L'auteur distingue six groupes différents de paralysies faciales :

1° Les paralysies cérébrales, résultant d'une altération de l'encéphale (apoplexies, tumeurs, etc.). Il y a presque toujours dans ces cas des paralysies dans les membres; cependant on voit aussi, quoique très-rarement, la paralysie de la face exister seule.

2° Paralysies spinales. Elles sont unilatérales et atteignent essentiellement les rameaux inférieurs du nerf de la septième paire. Celles qui surviennent dans le tabes indiquent que l'affection remonte la moelle allongée, ce que prouvent en outre les troubles fonctionnels concomitants d'autres nerfs cérébraux (nerfs optique, oculo-moteur, trijumeau, etc.).

3° Paralysies rhumatismales. Ce sont les plus fréquentes; elles sont dues à une infiltration plus ou moins grande du nerf facial à sa sortie du canal osseux et cela sous l'influence

d'un refroidissement. Dans les cas légers, l'exsudation se résorbe peu à peu, mais dans les cas graves au contraire, elle s'organise insensiblement et finit par abolir complétement par compression la conductibilité des fibres nerveuses.

4° Les paralysies traumatiques. Celles-ci sont dues à des blessures, coups, etc., qui opèrent une solution de continuité dans le nerf, soit immédiatement, soit secondairement (suppuration, caric de l'oreille interne).

5° Paralysies syphilitiques. Elles peuvent être intracrâniennes, lorsque la diathèse produit une altération de la substance cérébrale, ou péripbériques.

6° Paralysies diphthéritiques; suite de diphthérie. Elles peuvent également être centrales ou périphériques.

4° *Des troubles psychiques résultant des blessures du crâne* ; par le Dr de Krafft-Ebing.

Les affections mentales traumatiques se divisent en trois groupes. Dans le premier le trouble psychique est la suite directe, immédiate de l'accident ; dans le second il ne se montre que plus tard, après une période prodromique de troubles de la sensibilité, des organes des sens et d'altération de l'humeur et du caractère; dans le 3e groupe enfin, la commotion cérébrale ne produit qu'une prédisposition à l'aliénation, laquelle ne se montre dès lors que si une cause occasionnelle vient donner une dernière impulsion à l'affection jusque-là latente.

1er *groupe*. C'est l'aliénation traumatique primaire qui est due soit à la commotion cérébrale, soit à la compression de l'encéphale par les produits du trauma, esquilles osseuses, hémorrhagies, abcès, etc.

Les troubles psychiques sont ceux de la démence primaire avec un affaiblissement intellectuel général qui peut soit disparaître plus tard plus ou moins, soit dégénérer en une véritable démence apathique. Il y a en outre des troubles de la motilité et de la sensibilité : paralysies, troubles de coordination des mouvements, crampes, hyperesthésies, anesthésies, etc.

2e *groupe*. Ici le trouble psychique n'est pas immédiat, mais bien précédé d'une période plus ou moins longue d'irritation cérébrale qui se manifeste soit par des symptômes psychiques seuls, soit par des troubles de la motilité et de la sensibilité, soit enfin, et cette dernière alternative est de beaucoup la plus fréquente, par un mélange de ces deux séries de phénomènes.

Dans presque tous les cas, il y a une très-grande irritabilité; et c'est là un signe pathognomique, car dans aucune forme d'aliénation, l'irritabilité n'est aussi prononcée que dans les cas où la maladie est due à une lésion cérébrale traumatique. Cette période des prodromes peut durer des mois ou des années. Les lésions organiques peuvent être de nature très-diverse, mais ne se développent que peu à peu. — La forme du trouble psychique n'est pas aussi déterminée que dans le groupe précédent; quelquefois il survient de véritables accès de manie; la démenee paralytique est très-fréquente.

Le troisième groupe comprend les cas dans lesquels le trauma a simplement eu pour effet un abaissement de la vitalité cérébrale, laquelle devient le *punctum minoris resistentiæ* de l'organisme; il y a donc une véritable prédisposition à l'aliénation, et cela, bien entendu, à des degrés divers.

Le pronostic de l'aliénation traumatique est en général fâcheux et tout à fait mauvais dans les cas de la 1re et de la 2e série. Dans l'âge avancé, il est tout à fait fâcheux; dans l'enfance, le développement intellectuel est souvent arrêté. Quant au traitement, il ne faut jamais en espérer beaucoup; dans les cas de la 2e et de la 3e série, il sera surtout prophylactique; dans ceux de la première, il sera essentiellement dérivatif et chirurgical.

5° *Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu*; par le Dr Hertz.

L'auteur cherche à prouver, par un certain nombre d'histoires de malades, que le délire aigu (phrénésie) est en rapport avec un rétrécissement du trou jugulaire de l'os occipital, ce qui occasionne naturellement une congestion cérébrale veineuse intense. Le rétrécissement peut avoir pour siége un seul côté ou les deux. Quelquefois les accidents cérébraux sont conjurés par l'établissement d'une circulation veineuse collatérale dans la veine méningée moyenne, la veine du foramen cœcum et celles des canalicules mastoïdiens. L'affection n'est pas nécessairement incurable; il y a même des cas de guérison.

On se demande où est dans ces derniers cas la preuve de la justesse du diagnostic.

6° *Du vertige*; par le Dr Immermann.

Le vertige qui est un symptôme fréquent des psychoses et souvent le premier, ne consiste pas toujours en une halluci-

nation de mouvement soit du corps lui-même, soit des objets environnants ; il peut provenir aussi d'un manque réel d'équilibre, tel que le produisent parfois des tumours ou autres altérations ayant leur siége à la partie inférieure et postérieure de l'encéphale (cervelet). Il y a donc deux formes de vertige : le vertige hallucinatoire et le vertige réel.

7° *Des troubles psychiques dans le rhumatisme articulaire aigu* ; par le Dr Simon.

On sait que dans le cours du rhumatisme articulaire il survient parfois des accès de véritable aliénation ; mais le mode ni l'époque d'invasion ne sont toujours les mêmes. Quelquefois les troubles psychiques alternent avec la diathèse rhumatismale, d'autres fois les symptômes cérébraux apparaissent dans la période d'acmé et ils peuvent acquérir alors rapidement une très-grande intensité. Griesinger avait attiré l'attention sur une 3e catégorie de faits, dans lesquels les troubles psychiques apparaissent seulement dans la période de convalescence du rhumatisme et sont alors souvent très-longs à disparaître. Lorsque la psychose est aiguë, elle cède quelquefois rapidement; mais elle peut aussi devenir plus ou moins chronique. Griesinger pensait qu'un retour de la diathèse rhumatismale était la condition la plus favorable à la disparition des symptômes cérébraux ; en un mot qu'il y a presque toujours alternance entre les deux ordres de symptômes. Mais telle n'est pas l'opinion de Simon, car sur 12 cas observés par lui, il n'y en eut que 2 dans lesquels la psychose disparut au retour de l'affection articulaire. Quant à la cause immédiate des symptômes psychoso-nerveux, c'est principalement dans les complications du côté du cœur qu'il faut la chercher, mais souvent aussi l'anémie joue ici un rôle important.

8° *De l'insomnie chez les aliénés* ; par le Dr Leidesdorf.

Un poëte a dit : « Otez à l'homme le sommeil et l'espérance et vous en ferez l'être le plus malheureux du monde. » Le sommeil est en effet un de nos besoins les plus impérieux, et l'on sait de quelle importance il est pour le système nerveux. Or, beaucoup d'aliénés dorment mal ou ne dorment pas du tout, dans les états aigus surtout, et combattre l'insomnie est ordinairement la première indication que le médecin ait à remplir. Dans les formes dépressives, c'est l'opium qui rendra les meilleurs services, puis la morphine, ou bien, si celle-ci

n'est pas supportée, la papavérine. Leidesdorf a une entière confiance dans ce dernier médicament; mais nous devons ajouter que nous ne la partageons pas, car nous n'avons jamais réussi à en obtenir des résultats favorables évidents, et d'autres médecins ont fait la même expérience. L'auteur n'a jamais obtenu de bons résultats du cannabis indica, ni de la jusquiame. Dans les cas de manie (avec agitation), les narcotiques sont sans effet, ils augmentent même l'agitation (il n'y a ici d'exception que pour le delirium tremens). Dans les cas d'agitation extrême, on obtient souvent des résultats narcotiques surprenants du tartre stibié ou encore de la digitale (suivant l'état du pouls). Enfin, il y a les bains tièdes prolongés avec affusions froides sur la tête. — En terminant, nous devons faire observer que lorsque Leidesdorf écrivait son article, on ne connaissait pas encore le chloral, auquel il aurait à coup sûr assigné une place éminente dans la série des narcotiques.

Wiener Medizinische Jahrbücher.

Année 1869.

Des rapports du poids du cerveau avec la capacité du crâne; par le Dr Weissbach.

Etude très-consciencieuse portant sur 116 cerveaux et dont voici les conclusions :

1° Il n'y a pas de rapports constants entre la capacité de la boîte crânienne, le poids du cerveau et les dimensions extérieures du crâne.

2° Toutefois le volume et le poids du cerveau augmentent en général en proportion de la grandeur de la cavité crânienne; mais cette augmentation n'a pas toujours lieu dans une même proportion pour chacun de ces trois facteurs.

3° Les rapports réciproques entre ces trois facteurs changent suivant la grosseur de la tête, l'âge, le sexe et très-probablement aussi suivant la race. Il est donc impossible de fixer dans tous les cas et par le même calcul le poids probable du cerveau d'après la grandeur de la cavité crânienne et moins encore d'après le volume extérieur du crâne.

4° Lorsqu'il s'agit de fixer le poids probable d'un cerveau dont on ne possède plus que le crâne, et cela en tenant compte des différences individuelles qui viennent d'être indiquées, il n'y a que le calcul d'après la capacité crânienne qui puisse

permettre d'arriver à peu près à la vérité; la mensuration extérieure du crâne donne des résultats trop incertains.

Archives de Virchow.

Année 1869.

1° *De la terminaison périphérique des nerfs du goût*; par le Dr Letzerich.

2° *Anatomie pathologique des corpuscules nerveux du tact*; par Langerhans.

3° *De l'hypertrophie variqueuse de l'émissaire nerveux principal des grandes cellules ganglionnaires de la couche corticale du cervelet*; par le Dr Haslich.

4° *De la question du tissu cellulaire dans la couche corticale des grands hémisphères*; par le Dr Roth.

5° *De la dégénérescence et de la régénération des nerfs coupés*; par le Dr Hertz.

6° *Du retard de l'influx nerveux dans les nerfs moteurs*; par le prof. Leyden.

On sait que dans certaines affections du système nerveux central les impressions produites à la périphérie mettent parfois, pour parvenir à la perception, un temps beaucoup plus long qu'à l'état normal. Cruveilhier a le premier décrit ce retard de la perception. Jusqu'à présent on ne connaissait pas de faits analogues dans le système moteur, et Leyden en rapporte un cas très-intéressant. Chez le malade observé par lui, il se passe entre l'instant de *vouloir* faire un mouvement et celui de *l'exécution* du mouvement un temps sensiblement plus long qu'à l'état normal, ce qu'on peut facilement constater au moyen de chronomètres électriques. En outre, non-seulement le mouvement est retardé, mais encore il est suivi immédiatement d'un second mouvement involontaire identique, mais beaucoup plus faible (comme dans une artère qui bat deux pulsations). Il semble que l'influx nerveux moteur est non-seulement involontairement retardé, mais encore involontairement prolongé.

7° *Communications directes de la cavité crânienne avec les vaisseaux de la dure-mère*; par le Dr Boehm.

Les récentes recherches de la physiologie et de l'anatomie microscopique ont démontré que les cavités séreuses du corps (plèvre, péritoine, articulations) sont en relation directe avec le système lymphatique dont les capillaires viennent déboucher librement à la surface des séreuses. Les cavités séreuses ne seraient donc autre chose que des annexes du système lymphatique. Or, Boehm pense avoir prouvé qu'il en est de même pour la cavité crânienne formée par la dure-mère; seulement ici les ouvertures microscopiques qui existent à la surface de cette membrane ne sont pas en rapport avec le réseau lymphatique, mais bien avec un réseau sanguin capillaire accessoire, servant ainsi d'intermédiaire entre la cavité crânienne et le réseau sanguin ordinaire. — Si l'on enlève la partie supérieure du crâne d'un chien ou d'un enfant, en ayant bien soin que la dure-mère reste partout intacte et adhérente et qu'on dépose du lait dans cette espèce d'écuelle, au bout de quelque temps le lait aura pénétré dans les veines de la dure-mère où le microscope le démontrera immédiatement. On peut aussi couper en deux un petit animal ou un cadavre d'enfant et introduire du lait dans le canal rachidien en suspendant le tronçon de cadavre la tête en bas. Au bout de quelque temps, les veines de la dure-mère sont remplies des corpuscules du lait. — Si ces faits se confirment, on comprend le rôle immense qu'ils peuvent être appelés à jouer dans l'étude de la pathologie de l'encéphale.

Archiv für Psychiatrie.

Année 1869.

Vol. II. Livraison : I.

1° *De l'assistance publique des aliénés dans le Hanovre*; par le Dr L. Meyer.

En Allemagne, comme partout, les asiles d'aliénés ne peuvent plus suffire aux besoins de l'époque actuelle et de toutes parts s'élèvent des plaintes sur le nombre toujours croissant des aliénés et sur les difficultés qu'on éprouve, soit à les placer dans les établissements s'ils sont curables, soit à les faire soigner convenablement dans les familles, ou dans des pen-

sions particulières s'ils sont incurables. Il est certain que cette augmentation considérable du nombre des aliénés dans ce siècle provient en grande partie des perfectionnements apportés aux statistiques de nos jours, à la disparition des préventions contre les asiles, etc.; mais cependant on ne saurait nier qu'à côté de cette augmentation apparente, il y en a une autre bien réelle. La constitution de notre siècle est essentiellement nerveuse, le travail de l'encéphale prime celui de tous les autres organes, et si un excès de fatigue intellectuelle n'est pas aussi souvent qu'on pourrait le croire au premier abord la cause *directe* de l'aliénation, il n'en est pas moins certain que cet état général de surexcitation du système nerveux exerce sur nous une influence d'autant plus fâcheuse qu'elle ne fait qu'augmenter avec les générations.

Quoi qu'il en soit, l'augmentation réelle du chiffre des aliénés est hors de toute proportion avec l'augmentation de la population des asiles. Cette dernière est infiniment plus considérable, parce qu'à mesure que l'aliénation est mieux connue et que les préjugés disparaissent, on amène au médecin une foule d'individus qu'il y a 30 ou 40 ans les familles eussent cachés avec soin, ou que la science n'eût pas rangés parmi les aliénés. — La création des asiles actuels avait marqué un immense progrès dans l'assistance des aliénés, mais maintenant, d'une part ces mêmes asiles ne suffisent plus; de l'autre il est reconnu que souvent ils dépassent le but et dans tous les cas imposent à l'Etat des sacrifices pécuniaires parfois difficiles à surmonter. Ainsi dans les asiles actuels du Hanovre (Hildesheim, Göttingue), les frais d'entretien de chaque malade se montent (y compris l'intérêt du capital des constructions) à 675 et 1000 fr. par an. Or il est reconnu qu'il y a dans les asiles toute une population de malades qui n'a besoin ni de la même surveillance, ni des mêmes moyens de sûreté ou de traitement que les malades dans un état aigu et qui peut parfaitement être soignée en dehors des asiles fermés. Il faut donc créer des colonies comme celles de Fitz-James, de la ferme Sainte-Anne et de Einum en Hanovre (1). Les malades incurables inoffensifs s'y trouveront beaucoup plus heureux que dans les asiles et coûteront beaucoup moins à l'État ou aux communes. On pourrait même être plus large encore et placer cette caté-

(1) Dans cette petite colonie vivent 40 à 50 malades hommes sous la direction de l'asile de Hildesheim.

gorie de malades en pension chez des particuliers (comme à Gheel), sous la surveillance d'un personnel médical et administratif suffisant, comme c'est le cas en Ecosse où plusieurs milliers d'aliénés vivent en famille chez des particuliers sous la surveillance des Lunacy-commissioners. La vie dans la colonie tient le milieu entre la vie de famille et celle d'asile ; mais avec un peu de peine et en faisant un choix approprié de malades, on peut facilement obtenir presque tous les avantages de la première : seulement il est essentiel, si la colonie doit prospérer, qu'elle soit entre les mains de particuliers et non de l'Etat, dont tous les rouages administratifs sont beaucoup trop compliqués. Dans le Hanovre, le Dr Seebohm se propose d'établir une colonie et pour cela il s'est adressé à l'autorité, afin que celle-ci lui assure un certain nombre de pensionnaires dans les conditions voulues. Le docteur Meyer, appelé à faire au ministre un rapport sur cette question et après avoir pris connaissance des plans, de la localité, etc., se prononce d'une manière tout à fait favorable à l'entreprise. Dans les considérations y relatives, il fait remarquer qu'une colonie peut être un bien fait non-seulement pour les aliénés incurables, mais encore pour des convalescents sortant d'asiles fermés avant l'entière guérison et placés dans la colonie comme période de transition avant la rentrée dans la vie ordinaire. D'autres, enfin, habitant ordinairement l'asile fermé, pourraient, pendant l'été surtout, faire dans la colonie des séjours de campagne qui leur feraient le plus grand bien. La ferme de Sainte-Marguerite dans les Alpes, dépendant de l'asile Saint-Pirminsberg, canton de Saint-Gall en Suisse, montre sous l'habile direction du Dr Zinn quels avantages les malades et l'asile lui-même retirent d'une pareille installation.

2° *Des perturbations de nutrition (troubles trophiques) dans les névralgies ;* par le Dr Nothnagel.

On sait que les névralgies de longue durée sont parfois accompagnées d'une atrophie musculaire considérable, mais cet accident ne se rencontre guère que dans la névralgie du nerf sciatique, car, malgré les assertions de quelques auteurs que la névralgie trifaciale peut produire le même résultat, il n'en existe aucun cas positif. Valleix disait lui-même qu'il n'en connaissait point d'authentique. — Deux théories ont été émises pour expliquer cette atrophie musculaire d'un membre atteint de sciatique :

d'après la première elle serait due à l'inactivité des muscles et à l'immobilité du membre, tandis que la seconde l'envisage comme dépendant d'un trouble fonctionnel des nerfs trophiques atteints en même temps que les nerfs sensibles. — D'après Nothnagel, la première de ces théories explique en partie, mais en partie seulement, l'atrophie musculaire; car il y a des cas de sciatique très-ancienne avec douleurs excessivement vives, dans lesquels l'atrophie musculaire ne se montre pas, tandis qu'on en voit d'autres dans lesquels les douleurs sont peu intenses (et par conséquent l'immobilité moins complète) et qui cependant sont accompagnés d'atrophie. — Quant aux nerfs trophiques, leur existence n'est rien moins que prouvée et tous les symptômes que dans diverses affections on fait dériver d'une perturbation dans leurs fonctions peuvent facilement s'expliquer bien plus simplement. Dans la sciatique, l'altération de la sensibilité, la douleur, n'existe pas seule. Il y a d'autres symptômes qui indiquent positivement un trouble des nerfs vaso-moteurs; ainsi la pâleur de la peau, la sensation de froid, de fourmillement, d'engourdissement de l'extrémité, symptômes que le froid augmente, mais que la chaleur diminue. Or on sait combien fréquemment les névralgies sont accompagnées de tétanos des vaso-moteurs, par conséquent d'un rétrécissement plus ou moins continu du calibre des artères de la partie malade. — D'après Nothnagel, l'atrophie musculaire qui accompagne parfois la sciatique serait donc due à une altération fonctionnelle des nerfs vaso-moteurs, et il cite à l'appui de sa thèse deux observations de malades.

3° *De l'aphasie*; par le Dr Jules Sander.

On sait que l'aphasie est un empêchement de la parole articulée sans trouble anatomique appréciable et sans paralysie de la langue et des muscles qui la font mouvoir. L'aphasie survient ordinairement subitement à la suite d'une attaque d'apoplexie et est accompagnée d'hémiplégie. On a cité des cas d'aphasie sans hémiplégie (Trousseau); mais l'auteur n'en a pas observé lui-même. Dans les cas qu'il a étudiés, il y avait toujours au moins paralysie du nerf facial. En outre, dans une aphasie un peu complète, il y a toujours perturbation de l'intelligence : non pas que le malade soit en démence, mais les conceptions sont plus ou moins ralenties ou même troublées. On remarque cela à l'humeur; presque toujours les malades

se mettent à pleurer ou se fâchent à la suite des essais infructueux qu'ils font pour parler. Ce qu'il y a de curieux dans l'aphasie, c'est que le malade peut bien changer une image du son en une image de la vue, mais pas l'inverse. Ainsi, si on lui montre un couteau, il ne peut nommer l'objet, mais il montre par ses gestes qu'il sait à quoi on l'emploie, tandis que si l'on met devant ses yeux plusieurs objets, parmi lesquels un couteau et qu'on lui dise : « couteau, » il le prend de suite avec la main. Les mouvements sont souvent altérés comme la parole : si l'on dit à un malade de prendre son oreille avec la main, il ira, par exemple, chercher le talon et cependant il est persuadé qu'il a exactement exécuté le mouvement qu'on lui demandait. — Lorsque l'aphasie est complète, le malade ne peut ni lire, ni écrire, quoique l'organe de la vue soit intact et que la main ne soit souvent pas assez paralysée pour ne pas pouvoir conduire une plume. Sander cite un malade qui pouvait encore jouer aux échecs et non écrire; lorsqu'on lui demandait d'écrire le mot « arbre, » il levait mélancoliquement les épaules et *dessinait* un arbre. — Le pronostic de l'aphasie est toujours fâcheux, cependant on a vu des cas de guérison. Les cas dans lesquels il n'y a pas d'hémiplégie sont naturellement moins graves, parce que la lésion cérébrale est moins considérable (Trousseau). Sander a vu un cas guéri à la suite d'un traitement antisyphilitique; une autre fois, une aphasie qui avait succédé à un accès d'épilepsie disparut également. Dans tous les cas où l'affection est déjà quelque peu ancienne, il n'y a pas de guérison à espérer.

Quant à la cause anatomique de l'aphasie, l'auteur, s'appuyant sur plusieurs autopsies de cas qu'il cite en détail, pose en principe que ce symptôme se produit dès que les circonvolutions de l'insula de Reil gauche qui sont situées au fond de la scissure de Sylvius, soit les gyri radiati et les parties les plus proches du lobe central, mais surtout la capsule et les couches les plus externes du nucleus lentiformis sont le siége d'une lésion quelconque. Le plus souvent cette lésion se trouve être une embolie de l'artère de la fossa Sylvii gauche et comme la branche antérieure de ce vaisseau se ramifie dans les parties postérieures de la 3e circonvolution frontale, celles-ci sont ordinairement aussi affectées (Broca). Il est vraiment remarquable que l'embolie soit presque toujours à gauche et par conséquent l'hémiplégie à droite; les cas contraires sont des plus rares et l'on ne sait pas encore trop à quoi attribuer ce phé-

nomène. Il n'est en tout cas pas probable que le centre de l'articulation de la parole soit seulement à gauche, car la parfaite symétrie de l'encéphale s'oppose à cette hypothèse. Quant à la plus grande fréquence de l'embolie à gauche, on a voulu l'expliquer par la différence d'origine des carotides ; celle de gauche partant directement de l'aorte aurait un courant sanguin plus facile et l'hémisphère gauche serait de quelque chose plus volumineux que le droit (?); ce qui serait, suivant une ancienne hypothèse, en relation avec le fait que la grande majorité des hommes ont l'extrémité supérieure droite plus développée que la gauche et prennent ainsi dès l'enfance instinctivement l'habitude de s'en servir davantage (?). Sander ne connaît pas de cas d'un gaucher qui soit devenu aphasique et il attire l'attention des observateurs sur ce fait. Il y a donc encore, on le voit, bien des points à éclaircir dans l'histoire de l'aphasie.

4° *Une nouvelle forme d'altération anatomique de l'encéphale* ; par le Dr Simon.

Sous le nom « d'induration vitreuse et par plaques de la couche corticale de l'encéphale, » Simon décrit l'altération anatomique suivante : A l'œil nu on voit à la limite des substances corticale et médullaire des taches rondes ou ovales de couleur violette ou lilas, d'un aspect homogène et brillant qui rappelle le verre ; l'altération s'étend plus ou moins dans la couche corticale, mais presque pas dans la substance blanche. Au microscope on remarque une augmentation (et une altération chimique?) de la substance du gliome contenant les noyaux nerveux ; les fibres du gliome sont métamorphosées en substance homogène et les cellules ganglionnaires disparaissent en formant de petites granules brillantes. — Ce cerveau appartenait à une personne du genre féminin, âgée de 65 ans, non aliénée et morte dans un asile pour les pauvres. D'après Simon, ce cas montre en outre que la distinction entre les affections cérébrales diffuses et les affections circonscrites ne répond pas à tous les besoins, car il y a telles altérations qu'on ne peut ranger ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux catégories ; tels sont par exemple, outre le cas précité, les cysticerques et la sclérose en plaques.

5° *De la sensation croisée de l'individualité sexuelle* comme symptôme d'un état psychopathique anormal ; par le prof. Westphal.

Sous ce titre l'auteur décrit deux cas, dont le symptôme domi-

nant était une perversion congénitale des sensations sexuelles en ce sens que dans le premier une femme est physiquement femme, mais psychiquement homme, et dans le second un homme est au contraire physiquement homme, mais psychiquement femme. Dans l'un et l'autre cas, il y avait conscience de l'anomalie de cet état.

Première observation. N., âgée de 35 ans, est née d'un père qui s'est suicidé. Elle a toujours été une enfant difficile, d'humeur sombre et peu douée intellectuellement, sans toutefois montrer de penchants vicieux. Dès son plus bas âge, elle se plaisait aux jeux et aux amusements des petits garçons et aimait surtout à s'habiller en garçon. A l'âge de *huit ans*, elle commença à éprouver un penchant tout particulier pour les jeunes filles, non pas pour toutes indistinctement, mais toujours pour une seule à la fois. A celles-là « elle faisait la cour, » les embrassait volontiers, et souvent elle cherchait à se livrer sur elles à des attouchements aux parties génitales; toutefois elle ne commença à ressentir l'orgasme voluptueux que lorsque ses époques survinrent, et dans ces moments-là, elle s'est toujours livrée avec fureur à l'onanisme, mais elle ne permettait jamais à l'objet de ses préférences de lui toucher les parties génitales. Lorsqu'elle essayait de résister à ce vice, elle ressentait toujours une saveur et une odeur très-désagréables. Elle n'a jamais eu de relations avec des hommes, leur présence l'a toujours laissée absolument froide. Au mois de mai 1864, elle fut prise subitement d'une passion ardente pour une jeune fille qui repoussa avec indignation toutes ses avances. Cet amour contrarié l'affecta au plus haut point, et comme elle ne put parvenir à son but, elle tomba dans un état d'abord de stupeur, puis de violente manie. C'est alors qu'elle dut être internée comme aliénée. — A l'examen on ne trouve rien de particulier dans son état physique ; son corps peu robuste est celui d'une femme; l'hymen est intact. La malade se plaint de fréquents maux de tête avec vertiges; elle a conscience que son état psychique est anormal et elle est, dit-elle, la première à en souffrir. Après 13 mois de séjour à l'asile, pendant lesquels elle s'est montrée constamment calme et zélée au travail, on lui accorde sa sortie.

Ce cas présente certainement une forme spéciale de trouble psychopathique. Les sensations sexuelles anormales datent de l'enfance, et les expressions qu'emploie la malade sont exactement les mêmes que celles dont se servent les pédérastes

pratiquant également l'amour pour les individus de leur sexe. Les confessions écrites, laissées par plusieurs d'entre eux, prouvent en outre que cette perversion croisée des instincts sexuels est congénitale comme c'est le cas chez N..., et, fait curieux, presque tous les cas connus fixent à l'âge de huit ans l'apparition des premiers symptômes. La fille N... est en outre mélancolique depuis longtemps, avec des alternatives d'exaltation, enfin, elle est intellectuellement faible. Il n'y a donc pas de doute qu'il existe chez elle un trouble psychique positif.

Le *second cas* rapporté par Westphal est tout aussi intéressant, mais plus difficile à apprécier, parce qu'il s'y mêle une question directe de médecine légale. Il s'agit d'un homme de 27 ans qui, depuis l'âge de *huit ans*, a la manie de porter des habits de femme avec tous les accessoires, bracelets, colliers, etc. Il savait si bien se déguiser qu'il trompait chacun et il profita souvent de ce singulier talent pour commettre un grand nombre de vols, et pour se faire donner de l'argent par des jeunes gens qu'il savait toujours quitter adroitement avant le moment où il aurait bien été forcé d'avouer son sexe... Toutes ces duperies et ces escroqueries le miront souvent en collision aveo la justice, et à plusieurs reprises il fit maint séjour dans les maisons de détention. Quant aux instincts sexuels, il n'a jamais eu de relations avec des hommes et rarement avec des femmes. L'examen physique montre une constitution normale, mais presque féminine; tout en lui rappelle la femme : la voix, les gestes, la démarche ; il aime les travaux de couturo. Ajoutons que H. prétend souffrir beaucoup de cette singulière obsession de s'habiller en femme; souvent il profère des jurements sur cette « maudite habitude ». Enfin il est épileptique depuis bien des années et on observe également chez lui des périodes de dépression et d'exaltation. C'est dans ces dernières surtout que, dit-il, « la manie de s'habiller en femme le prend,» et alors il éprouve une véritable angoisse précordiale.

Westphal déclare cet individu aliéné sous la même forme que la fille N., mais évidemment à un moindre degré. Il y a également chez lui, outre sa singulière manie, les sensations nerveuses anormales et l'épilepsie, un véritable affaiblissement intellectuel et moral, et, à ce propos, le professeur berlinois fait observer que pour sa part il n'a guère vu des cas de folie morale sans épilepsie (?).

Plus loin, l'auteur rapporte encore quelques cas semblables puisés dans la littérature et qui, joints à ceux qu'il raconte,

autoriseraient à voir réellement une forme spéciale de psychopathie dans cette perversion des sensations et des sentiments qui pousse un individu à vivre et à agir comme s'il était du sexe opposé.

6° *De l'état de la moelle épinière dans la démence paralytique*; par le Dr Simon. (Suite. Voir *Annales médico-psychologiques*. 1870, vol. I, p. 163.)

On se souvient que l'auteur n'envisage pas la myélite chronique avec production de cellules à noyaux comme spéciale à la démence paralytique, car souvent à l'autopsie les recherches les plus minutieuses ne permettent d'en découvrir aucune. Cependant il s'en rencontre dans un certain nombre de cas, et Simon rapporte dans tous leurs détails 13 histoires de malades dans la moelle épinière desquels il se trouva des cellules à noyaux. Dans 9 de ces cas l'altération siégeait essentiellement dans les cordons latéraux de la moelle, et dans les 4 autres, elle était strictement limitée aux cordons postérieurs.

7° *La pathologie du sympathique*; par les Drs Eulenburg et Guttmann (*suite*).

Hyperesthésie du plexus mésentérique (entéralgie, entérodynie, colique, colique saturnine).

La plupart des auteurs ont envisagé l'entéralgie ou colique comme une névrose du sympathique ayant spécialement son siége dans les plexus mésentériques; d'autres pensent que la moelle épinière (colique saturnine) est également atteinte, et le petit nombre enfin (Astrue, Sauvages) ont soutenu que, dans cette dernière variété de colique, il s'agissait non d'une névralgie, mais d'une véritable lésion anatomique de l'intestin.

Tanquerel des Planches est un de ceux qui ont le plus étudié cette question, et, pour lui, la colique est une névrose exclusivement sympathique, et il pensait avec les anatomistes de son temps que les ganglions de ce nerf étaient le siége exclusif de la sensibilité et du mouvement dans les viscères abdominaux. Or, actuellement cela n'est plus admis; le cerveau seul est le siége des sensations conscientes, par conséquent les douleurs de la colique doivent remonter jusqu'à lui pour être perçues. Pour les auteurs de cet article, l'entéralgie, sous quelle forme qu'elle se présente et quel nom qu'on lui donne, n'est point localisée à l'une ou l'autre partie du système nerveux,

pas plus, par exemple, que l'angine de poitrine; c'est une névrose mixte, sensitivo-motrice, affectant également le système nerveux central et le système du sympathique. Les troubles généraux de la circulation (ralentissement du pouls) pendant l'accès de colique le prouvent, ainsi que la pâleur et l'abaissement de la température de la face et des extrémités. Ce sont là des symptômes réflexes, soit un empêchement de l'action du cœur par l'irritation de l'origine médullaire des nerfs vagues, par le moyen des rameaux de communication qui réunissent la moelle au sympathique.

Hyperesthésie du plexus solaire, névralgie cœliaque.

Il est probable que l'affection décrite sous ce nom par Romberg n'est qu'une variété de la gastralgie, et rien ne prouve que le plexus solaire entre ici en jeu. Il en est de même de l'hyperesthésie du plexus hypogastrique (colique menstruelle, colique hémorrhoïdale) et de l'hyperesthésie du plexus spermatique (névralgie spermatique, « irritabile testis, » névralgie de l'urètre, de l'utérus, etc.). Rien ne prouve que ces différents et encore très-obscurs phénomènes aient leur siége dans une portion distincte et bien localisée du nerf sympathique. Leur histoire d'ailleurs est encore à faire.

Paralysies et crampes dans les muscles volontaires. — On sait le rôle que joue le sympathique dans les phénomènes de motilité des muscles dits organiques : iris, intestin, vessie, système génital, etc.; or, il est probable que certains troubles de motilité dans les muscles striés dépendent également de ce nerf. Ainsi les muscles de l'œil et particulièrement les obliques paraissent être jusqu'à un certain point sous la dépendance du sympathique; c'est lui, d'après Remak, qui leur donne ce qu'on appelle le ton musculaire, et il est probable, ajoute cet auteur, que ce n'est pas là un phénomène isolé, mais qu'il s'étend à tous les muscles volontaires, et qu'à côté des paralysies et des crampes spinales, il existe aussi des paralysies et des crampes sympathiques. C'est là un nouveau chapitre à introduire dans le programme de l'étude des névroses de la motilité.

8° *Paresthésies du goût*; par le Dr Wernich.

L'auteur raconte deux cas, dans lesquels des injections sous-cutanées de morphine produisaient une sensation d'amertume très-prononcée. Dans l'un (une dame à la dernière période de la phthisie) la sensation apparaissait 10 secondes après l'in-

jection et était extrêmement vive. Wernich rapproche ce phénomène de ceux observés par Rose et produits par l'usage de la santonine qui cause de véritables hallucinations et illusions du goût.

9° *De la papavérine* ; par le Dr Kelp.

Cette substance a été employée chez 13 aliénés (8 hommes et 5 femmes) sous diverses formes, mais offrant tous de l'agitation à un degré plus ou moins violent. La dose employée était poussée jusqu'à 0,18, 2 fois par jour, mais le médicament est resté absolument sans effet. Il n'a produit ni sommeil, ni diminution de l'agitation dans aucun des 13 cas.

10° *Revue de la littérature psychiatrique américaine dans les années* 1866, 67 *et* 68, par le Dr Fraenkel.

Le premier fascicule du deuxième volume des archives renferme en outre des comptes rendus de diverses réunions d'aliénistes en Allemagne et en Suisse, et les procès-verbaux des séances de la société médico-psychologique de Berlin.

Dr Chatelain.

BIBLIOGRAPHIE.

La dégénérescence intellectuelle du peuple français, son caractère pathologique, ses symptômes et ses causes. Contribution de médecine mentale à l'histoire médicale des peuples ; par le Dr Carl Starck, médecin de l'asile privé de Kennerburg, près Esslingen (Wurtemberg).

Ce n'était pas assez vraiment des désastres de la guerre étrangère et de la guerre civile ! Ce n'était pas assez des humiliations qu'ont values à notre caractère national les causes plus ou moins avérées de nos défaites ! Il était dit qu'aucune honte ne nous serait épargnée et que la science des maladies mentales, telle au moins qu'elle est professée et comprise par un certain docteur d'outre-Rhin, viendrait en aide aux appréciations déjà si peu bienveillantes de ceux qui nous ont vaincus.

Sous le titre qui suit : *De la dégénérescence intellectuelle de la nation française, son caractère pathologique, ses symptômes, ses causes*, M. le docteur Carl Stark, médecin aliéniste wurtembergois, faussant comme à plaisir les données de l'histoire contemporaine, cherche à imprimer au plus impudent paradoxe qui ait jamais été émis le caractère respectable d'une vérité scientifique. J'ai longtemps hésité si je parlerais de ce travail et si, en présence d'un ennemi qui occupe une partie de notre territoire, je ne me contenterais pas de refouler dans mon cœur les sentiments qui l'oppriment et de remettre à des temps meilleurs ce que j'ai presque honte d'appeler une justification. Mais les idées exprimées par M. Starck sont si bien d'accord avec ce que j'ai entendu moi-même dans mes différents séjours en Allemagne, elles sont acceptées avec une bienveillance si peu dissimulée par quelques savants allemands, et en particulier par le professeur Virchow, de Berlin, elles peuvent enfin, dans leur exagération même, nous être de quelque profit en nous apprenant comment nous sommes jugés et appréciés de l'autre côté du Rhin, que je ne puis garder plus longtemps le silence. Je crois donc faire œuvre de patriotisme en prenant au sérieux les injures qui nous sont adressées et en y répondant sur le même ton.

« C'est un fait, dit M. le docteur Starck, que tout ce que les

Français, en paroles et en actions, ont commis de monstrueux et d'absurde pendant cette guerre qui ne doit pas être considérée comme le propre de quelques individus abâtardis, mais comme la conséquence *du caractère national*... Ces faits se sont produits partout avec une régularité extraordinaire. Ouvertement et publiquement, les Français ont fait l'éloge du parjure, de la brutalité, du crime. Ils ont accumulé mensonges sur mensonges, et avec une telle effronterie qu'ils ne tenaient aucun compte des démentis que leur donnaient les événements. Tout cela démontre d'une manière péremptoire, ajoute M. le docteur Stark, la dépravation et la corruption du peuple français. »

Si les appréciations de l'auteur se maintenaient dans ces vagues généralités et si elles ne relevaient que l'excès de confiance qui nous a portés à accepter comme vrais les faux bulletins de victoire publiés par M.. Gambetta et consorts, elles perdraient le caractère scientifique sur lequel leur auteur a la prétention de les baser, et il ne serait que le plus vulgaire et le plus triste des calomniateurs. Mais il a des visées plus hautes. Il veut passer pour un homme de science et il tient à démontrer que nous sommes une nation déchue et dégénérée. « L'orgueil et la présomption de la nation française sont tellement innés, dit M. Stark, que nous y sommes habitués... Mais dans ces derniers temps ces défauts sont devenus une *monomanie*, une *idée fixe*, *un vrai délire*... Je citerai comme preuve leur prétention de se croire à la tête de la civilisation. Que dire d'une nation, *depuis longtemps en décadence*, *au point de vue des travaux scientifiques*, qui preud cette mesure barbare d'expulser, au moment de la guerre, tous les Allemands de son territoire? » — Je passe, par respect pour les lecteurs des *Annales*, le réquisitoire que j'appellerai simplement infâme de tous les crimes dont, au dire de M. Starck, nous nous sommes rendus coupables dans cette guerre que la partie saine de la nation n'avait pas désirée, et à laquelle elle n'était pas préparée. Vous le savez aussi bien que moi, monsieur Starck et vous aussi, monsieur le professeur Virchow, vous que la France scientifique s'est plu à reconnaître comme un savant hors ligne, auquel elle a ouvert les portes de ses académies ; vous le savez, vous tous grands politiques d'outre-Rhin qui aimez, passez-moi l'expression un peu triviale, à pêcher en eau trouble, à vous targuer de votre science et qui ne vous faites aucun scrupule de souffleter la vérité.

Vous n'ignorez pas que dans les temps de révolution la lie monte à la surfaee ; mais la lie a beau faire, elle retombe au fond par sa propre grossièreté. Toutefois e'est dans cette lie que vous préférez plonger vos regards pour y ehereher les éléments d'un diagnostie, et quel diagnostie ! Je suis honteux d'y faire allusion... Vous nous traitez de parjures, d'assassins, d'empoisonneurs, de misérables, ne eonnaissant aucune des lois de la guerre, bombardant les villes ouvertes, tirant sur les ambulanees, maltraitant, mutilant, exterminant les blessés, nous servant de balles explosibles, reeourant aux moyens de destruetion les plus effroyables tels que le feu grégeois... Car vous ne pouvez le nier, monsieur le doeteur Starek, toutes ees infâmes accusations sont textuellement extraites de votre réquisitoire. Et puis, vous osez eneore nous tendre une main seeourable. Vous vous sentez, qui le croirait ! pris de eommisération eomme vis-à-vis d'un malheureux malade qui a encore quelque chance de guérison. Vous avez, dites-vous, la pitié que l'on éprouve pour un eriminel, reeonnu atteint d'aliénation mentale et vis-à-vis lequel l'horreur qu'il inspire se ehange en eompassion ! Et il vous semble, car vous perdez définitivement le bon sens en fixant vos regards sur la lie qui remonte à la surfaee, il vous semble, dites-vous, voir dans toute la nation française un *paralytique général* eouché sur son grabat annonçant qu'il est plein de foree et de santé... Vous empruntez à un aliéniste français distingué, et vous avez raison de l'appeler ainsi, le doeteur Jules Falret, la deseription qu'il fait de la *folie raisonnante*, pour dire que eomme ees malades, « nous inventons mille histoires, mille mensonges, suspeetant tout le monde, étalant nos sentiments moraux pervertis, nous livrant à des aetes obscènes et eyniques, devenant grossiers et menaçants, passant avec habileté de la médisanee à la calomnie, dépeignant les autres personnes sous les couleurs les plus fausses et les plus malveillantes ; » et vous osez ajouter que cette description se rapporte à toute la nation !

Mais nos plus cruels ennemis ne nous ont jamais dépouillés de toutes nos qualités, et depuis qu'il y a une critique, il n'est jamais venu à l'idée de personne de rendre une nation entière responsable des forfaits de eeux qui ont juré une haine à mort à la société. Saehez done que lorsque vos soldats assistaient heureux et satisfaits à la chute de la colonne Vendôme et à l'ineendie de Paris, des millions de Français étaient prêts à venger la civilisation outragée et compromise par les eoryphées

révolutionnaires de l'Europe qui s'étaient donné rendez-vous dans notre malheureuse capitale. Nous savons d'où ils viennent, quel pays les a vus naître et quel pays les protége. Les noms seuls des chefs de l'Internationale révèlent leur origine. Vous les verrez à l'œuvre un jour dans vos villes et dans vos campagnes. Mais rassurez-vous, nous serons généreux, et lorsque se renouvelleront pour vous les scènes de Munster au temps de vos guerres religieuses, car vous nous avez devancés en fait d'atrocités, nous ne vous accuserons pas d'être une nation sans foi ni loi, et nous ne vous signalerons pas au mépris du monde civilisé comme un ramassis de *paralysés généraux*, de *monomanes* et de *dégénérés*.

Vous vous targuez d'être des savants, messieurs les Allemands, et ce n'est pas sans raison; mais vous avez tort d'applaudir le Dr Starck quand il dit que depuis longtemps nous sommes en pleine décadence au point de vue des travaux scientifiques. Tenez, permettez-moi, à propos de vos prétentions scientifiques exagérées, de vous dire ce que j'ai depuis longtemps sur le cœur. J'ai rendu dans trop d'occasions hommage à votre science dans ce qui tient surtout à l'étude de ma spécialité, pour ne pas être toujours vis-à-vis vous juste et modéré. Je me garderai donc bien de suivre le Dr Starck sur le terrain du mensonge et de l'injure. Un philosophe français, très-fin et très-judicieux (car, ne vous en déplaise, nous avons eu nos philosophes et nos penseurs, moins profonds peut-être que les vôtres, mais plus clairs et plus intelligibles), donc un philosophe français avait fait la remarque qu'un peuple qui veut se distinguer par les lettres, quand il n'est pas très-ingénieux, est naturellement porté à se jeter dans le savoir, dans la science; c'est sa ressource. La nature, en effet, donne plus de patience aux esprits qu'elle a créés moins pénétrants. Le même auteur ajoute encore : Quand on vous dira qu'un peuple est savant, examinez toujours à quel point il connaît le beau dans les arts.

Ceci posé, accordez-nous au moins que, si nous ne sommes pas des savants de votre force, et la dernière guerre l'a assez prouvé (1), nous avons au moins, comme héritiers de la civili-

(1) Je veux faire allusion à la profonde connaissance topographique que les Prussiens avaient de notre pays. Les chemins, les défilés, les sentiers que nous ne pensions devoir être sur aucune carte leur étaient connus, et depuis longtemps ils savaient où et comment ils nous surprendraient.

sation latine, des dispositions pour les arts et pour la culture du beau, ainsi que l'attestent les monuments de notre littérature et les impérissables chefs-d'œuvre de nos arts. Vous avez fait pour nous imiter de louables efforts ; mais ils ont imparfaitement réussi. Ce n'était pas précisément votre faute, vu que l'esprit, le bon goût, les dispositions artistiques, la réalisation de l'idéal en fait de beau ne se transplantent pas d'une nation chez une autre, et qu'il faut faire la part des dispositions instinctives qui existent dans telle race plutôt que dans telle autre. Nous avons, je le sais, de grands défauts. On nous l'a assez souvent répété pour que nous n'en ignorions; mais nous n'avons pas au moins le défaut d'être jaloux des autres peuples et de les dénigrer. Nous préférons nous dénigrer nous-mêmes. Nous poussons même, sous ce rapport, la bienveillance à l'excès, et dans notre malheureuse ignorance des langues vivantes, nous acceptons avec enthousiasme la science étrangère que les érudits se chargent de nous faire connaître. Nous admirons de confiance vos grands philosophes, que nous ne comprenons guère.

Un mot que l'on prête à un de vos officiers pendant l'occupation de notre ville résume mieux ma pensée que tout ce que je pourrais ajouter à cette thèse. — Ah! si nous étions Français! fait-on dire à ce militaire qui s'était pris d'admiration pour nos monuments et pour les ressources de notre territoire, et qui rendait justice à certains côtés de notre caractère national que vous avez indignement dénigré. Le mot de cet officier ne manque pas de justesse; il peut être diversement interprété; mais, au fond, il exprime un désir irréalisable...

Serait-il donc vrai, ainsi que le prétend le docteur Starck, que nous soyons en pleine décadence intellectuelle au point de vue des travaux scientifiques? Vous avez fait faire, nous en convenons, de grands progrès aux sciences naturelles; mais s'ensuit-il que nous n'ayons pas une place à revendiquer dans ce progrès? Et si nous voulions opposer nos grands savants à vos grands savants, on serait peut-être étonné de voir en faveur desquels pencherait parfois la balance dans telle ou telle branche des connaissances scientifiques. Toutefois, je me garderai bien de me livrer à cette statistique qui, dans l'état actuel de surexcitation de nos esprits, serait puérile et n'aurait aucun résultat. Les choses scientifiques demandent à être jugées avec calme et tranquillité en dehors de la passion qui obscurcit l'esprit et fausse le jugement. D'ailleurs, si je m'écartais un

peu de la question, M. le docteur Starck m'aurait bien vite rappelé à l'ordre. Il a, pour les besoins de sa cause, un argument tout prêt. Il le tient en réserve comme le coup de pied de l'âne contre le lion terrassé. Ecoutez plutôt, Français, mes compatriotes, le jugement final du savant docteur wurtembergeois : « Les Français, dit-il, ont un cerveau organisé d'une manière spéciale, et Huschke (un autre savant) a démontré que le poids des cerveaux français était inférieur à celui des cerveaux allemands ; et, chose curieuse, les cerveaux des chevaux français sont également plus légers que le cerveau des chevaux allemands. Aussi faut-il nous féliciter de l'épithète de *tête carrée* qu'ils nous infligent. »

En lisant de pareilles diatribes, on sent le rouge vous monter à la figure. On dirait vraiment que nos accusateurs, qui ont de si grandes prétentions scientifiques, n'ont aucune notion de notre histoire et du rôle que nous avons joué dans le monde. Mais à quoi bon leur placer nos titres sous les yeux, et leur rappeler le rôle providentiel que la France a eu et continuera, il faut bien l'espérer, d'avoir dans le monde : *gesta Dei per Francos!* A chaque nouvelle preuve que nous apporterions en notre faveur, nos adversaires ne manqueraient pas de s'écrier, comme les médecins de Molière : Orgueil insensé, idée fixe, manie des grandeurs (*grœssen Wahn*), démoralisation, corruption, dégénérescence intellectuelle, pesanteur spécifique moindre du cerveau !

Cependant vous êtes médecin, monsieur Starck, et médecin aliéniste ; vous devez conséquemment savoir que les maladies d'esprit dont vous nous gratifiez ne sont pas le propre du caractère national français perverti, puisque vous avez en Allemagne de nombreux asiles d'aliénés, où les mêmes affections sont traitées. J'en appelle, sous ce rapport, au témoignage des chefs de la science mentale de votre pays, avec lesquels je suis en relation depuis nombre d'années. Enfin, pour soutenir votre théorie de *notre dégénérescence intellectuelle*, vous vous appuyez sur les travaux d'un médecin aliéniste français, le docteur Morel, votre contradicteur du moment. Mais si vous m'aviez bien compris, docteur Starck, vous devriez savoir que les causes de dégénérescence intellectuelle, physique et morale dans l'espèce humaine, sont fatales. L'alcoolisme, par exemple, produit sur les individus les mêmes ravages en France qu'en Allemagne ou en Angleterre, et les descendants des alcoolisés, quelle que soit leur nationalité, présentent partout les mêmes

caractères d'idiotie, d'imbécillité et de perversité instinctive. Voulez-vous un autre exemple tiré du monde physique? Vous savez aussi bien que moi que les vallées de grandes montagnes du globe sont peuplées par une race maladive désignée sous les noms de goîtreux et de crétins. Les mêmes causes qui agissent sur les rives alluvionnaires de quelques fleuves célèbres produisent les mêmes effets. Là aussi l'on rencontre des goîtreux et des crétins. Votre belle patrie, le Wurtemberg, n'est pas plus préservée contre l'imbécillité et l'idiotie endémique que d'autres contrées du globe.

Tout cela ne serait que risible si de pareilles appréciations, qui ont pour but d'avilir un peuple entier, n'avaient pas pour résultat final d'entretenir des haines qui, un jour ou l'autre, ne tarderont pas à porter leurs fruits en provoquant de terribles réactions. Quoi, messieurs les Allemands, c'est au moment où notre pays est couvert des ruines que vous avez faites, et où le souvenir n'est pas effacé de tant d'atroces représailles commises contre des gens qui n'avaient d'autre tort peut-être que d'être défendus involontairement par des francs-tireurs ; c'est au moment où le pétrole, dont vous avez fait les premières applications incendiaires parmi nous, laisse en tant d'endroits les traces de votre passage, que, par un renversement de toutes les lois de la logique et au mépris du fameux principe de la fraternité des peuples, vous nous accusez d'être des hommes sans foi ni loi, dignes de la réprobation du monde civilisé, et dont les actes ne peuvent s'expliquer que par la plus triste des maladies, par la décadence des facultés intellectuelles et morales! Ah, vraiment, c'en est trop, et le *væ victis* n'a jamais été appliqué d'une manière aussi impitoyable. Que si, par votre manière d'agir, vous avez voulu vous venger de l'incendie du Palatinat, ordonné, il y a deux siècles, par un ministre cruel, et effacer les humiliations que vous a fait subir, après Iéna, Napoléon I^er^, vous avez atteint votre but ; vous l'avez même dépassé. Mais, dussiez-vous m'accuser en particulier de la *monomanie de la revanche*, je vous dirai de vous rappeler une chose que, depuis les guerres du premier empire, nous avons apprise à nos dépens : sachez donc que tout ce qui vient par la guerre s'en retournera par la guerre, toute dépouille sera reprise, tout butin sera dispersé. Tous les vainqueurs seront vaincus, et toute ville pleine de prises sera saccagée à son tour.

J'en resterais là de cette polémique si le nom d'un des plus célèbres professeurs de Berlin ne se trouvait mêlé à ces débats.

M. le docteur Virchow, car c'est de lui qu'il s'agit, ne partage peut-être pas toutes les opinions de M. Starck ; mais en citant ce que dit ce médecin de l'*idiotie paralytique* ou de la *folie raisonnante des Français*, il est d'avis que cette théorie rappelle assez ce qu'il a publié lui-même sur les épidémies intellectuelles de l'Europe en 1848. Il ne veut, ajoute-t-il, lancer aucune insulte contre nous, et constater seulement l'*opinion régnante en Allemagne*, et c'est sous forme de correctif sans doute qu'il termine son réquisitoire en présentant la nation française comme l'*ennemie héréditaire* de l'Allemagne. « La France, dit M. Virchow, est une nation turbulente qui fait des révolutions, l'Allemagne une nation sage qui accomplit des réformes. »

J'ai hâte d'en finir et je ne ferai que quelques courtes observations à l'endroit des opinions émises par M. Virchow. Je dirai d'abord, avec M. Emile Aglave, rédacteur de la *Revue scientifique de la France et de l'étranger*, « que les assertions de M. Virchow à propos de l'opinion régnante en Allemagne présentent un procédé de conciliation tout à fait nouveau. Mais enfin, si telle est bien l'opinion régnante au delà du Rhin, ce qui nous étonne, c'est qu'on y attache la moindre importance à se réconcilier avec ces *fous français*. Est-ce que jamais personne sensée a eu l'idée de chercher ses relations dans un établissement d'aliénés (1)? »

Quant à ce que vous avez dit, monsieur Virchow, de l'état psychopathique des Européens en 1848 (t. III des Archives, p. 8), vous êtes peut-être davantage dans le vrai. Mais votre théorie revient à rappeler ce qu'un auteur français (M. Joubert) a dit depuis longtemps, et ce que l'on avait dit avant lui, à savoir, que nous vivons dans un temps malade. L'état de psychopathie, ou souffrance morale que vous signaliez en 1848 (je traduis par souffrance morale et non par aliénation mentale), n'existe pas seulement pour la France, mais pour l'Europe entière. Partout où nous étendons nos regards, nous voyons des peuples inquiets, ils bâtissent sans cesse, mais leur abri n'est qu'une tente ; ils sont campés, mais non établis. Oui, ce siècle est malade, il est tourmenté, moralement

(1) Aglave et Jung, *Revue scientifique de la France et de l'étranger*, 2e série, 1re année, no 9. Voir aussi un spirituel article de M. Francisque Sarcey, dans le *Gaulois* du 22 août, intitulé : *Fous vous-mêmes*.

souffrant. Il aspire à des croyances qui le consolent, le rassurent et le rendent gouvernable. Dans ce besoin de rénovation générale, la science aura un rôle important à jouer, mais je crains bien que ce rôle ne soit que secondaire et ne nous sauve pas complétement. Les mêmes croyances religieuses, a dit l'auteur que j'ai cité plus haut, unissent plus les hommes que le même savoir, et c'est dans ce sens qu'il faudrait pouvoir discipliner les âmes. Mais, pour arriver aux régions de la lumière, il faut passer par les nuages, et je crains bien qu'en raison des doctrines sauvages qui se sont fait jour dans ces derniers temps, ainsi que des haines que la guerre a développées, nous ne soyons voués à une obscurité et à des ténèbres dont il est impossible de prévoir la fin. En effet, quand les peuples ont perdu cette heureuse disposition de l'enfance à craindre et à honorer les pouvoirs qui sont invisibles et qu'une audace d'esprit excessive les met au-dessus de toute crédulité, ils sont alors sortis de la sphère de l'ordre accoutumé. Ils ont dépassé les bornes en deçà desquelles leur nature est bonne. Ils deviennent méchants, féroces, capables d'excès qui épouvantent l'imagination. Les ruines fumantes de Paris sont là pour l'attester, et point n'est besoin de recourir, avec M. Starck et autres docteurs s'il en existe, à la science de l'aliénation pour expliquer les agissements des membres de la Commune, des incendiaires et des pétroleuses. Je l'ai déjà dit ailleurs, ce ne sont pas là des aliénés, mais des monstres de l'ordre moral, que la partie saine de la nation réprouve de toutes ses forces et qui sont parfaitement responsables de leurs actes.

Dr Morel.

Etudes cliniques sur l'hystérie; par M. le Dr E. Chairou, médecin en chef de l'asile du Vésinet, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1870.

Connue depuis les temps les plus reculés, l'hystérie a donné lieu à d'innombrables écrits qui, en général, ont eu moins pour but d'étudier les différentes formes, la marche et le traitement de cette maladie que d'examiner sa nature et ses causes. Chacun connaît les explications étranges qui ont été données par nos devanciers sur son origine et sur quelques-uns de ses phénomènes dont les irradiations nerveuses rendent parfaitement compte aujourd'hui, mais qui, pour les anciens, tels que

Démocrite, Hippocrate, Arctée, Fernel présentaient un caractère quasi-fabuleux. De leur interprétation erronée surgit cependant un fait qui, après des siècles, domine forcément nos théories sur la nature de cette névrose. C'est le rôle capital que joue l'appareil de la génération dans cette maladie. Mais un grand inconnu règne encore à cet égard. Deux théories sont en présence. Dans l'une la maladie, générale tout d'abord, occupe le système nerveux central et affecte secondairement les organes de la génération; dans l'autre la maladie a pour point de départ l'utérus ou ses annexes, d'où procèdent ensuite des troubles multiples du côté du système nerveux. Parmi les contemporains, Briquet peut être considéré comme le représentant de la première thèse, tandis que la seconde a pour défenseurs Dubois (d'Amiens) et Landouzy.

M. le Dr Chairou, médecin en chef de l'asile du Vésinet, était parfaitement placé pour faire de cette entité morbide une étude complète; mais telle n'a pas été son intention. Dans ses *Etudes cliniques*, il a eu principalement pour but d'appeler l'attention sur un signe négligé ou inaperçu jusqu'ici, et qu'il donne comme pathognomonique de cette névrose.

Sans entrer dans la discussion des théories, il se prononce d'emblée pour celle qui considère l'hystérie comme une maladie locale, et, tandis qu'il y a doute encore dans les deux camps relativement à l'organe lésé et à la nature de cette lésion, il n'hésite pas à localiser l'hystérie dans l'ovaire dont l'altération consiste dans une congestion ou une inflammation.

Partisan de la localisation de la maladie dans l'appareil utérin, j'avoue que je suis encore dans le doute, sinon quant à l'organe primitivement affecté, du moins quant à la nature de cette lésion. Bien rarement l'anatomie pathologique peut ici être interrogée, et M. Chairou, quoique si affirmatif dans ses assertions, n'a pas eu par lui-même l'occasion de pratiquer d'autopsies, qui lui aient permis d'étayer son opinion par des preuves irréfragables. Il est très-probable que le désordre primitif a lieu dans l'ovaire plutôt que dans les autres parties des ligaments larges, plutôt même que dans l'utérus, puisque d'après les recherches modernes, l'ovaire est l'organe vital par excellence, et que c'est dans son tissu plutôt que dans le parenchyme utérin, que retentissent tous les troubles de la menstruation par lesquels se signale d'abord l'hystérie. Je serais assez disposé à croire qu'il ne s'agit primitivement que d'une perturbation nerveuse dans l'appareil métro-ovarique, d'où

procèdent successivement toutes les perversions de la sensibilité et du mouvement que l'on observe d'habitude, et que cette lésion primitive d'essence dynamique ou nerveuse donne lieu bientôt, par sa persistance ou sa répétition, à des désordres matériels plus ou moins fixes, congestions, dépôts plastiques.

Mais M. Chairou va plus loin dans cette idée de la localisation. D'après lui neuf fois sur dix la disposition hystérique serait développée par la compression, la congestion ou l'inflammation de l'ovaire gauche. A l'appui de cette opinion, il a soin de rappeler un fait général dont l'explication logique est encore à trouver. C'est la fréquence beaucoup plus grande des affections du côté gauche que du côté droit. Ce fait, que la plupart des médecins ont observé, avait attiré depuis longtemps mon attention, et j'ai constaté son exactitude d'abord dans les affections nerveuses telles que les névralgies (faciale, cervico-brachiale, intercostale, lombo-abdominale), les tics, les spasmes, les paralysies. C'est particulièrement chez les femmes et de préférence aux époques menstruelles que l'on observe l'une ou l'autre de ces affections avec prédominance à gauche. De même certaines lésions congestives ou inflammatoires, ainsi que les malformations congénitales que nous fait connaître la tératologie sont beaucoup plus souvent constatées à gauche qu'à droite.

Il est admis que le côté gauche du corps est le *côté faible*, le côté droit étant le *côté fort* et dominateur.

Ce fait tient probablement à une loi d'organisation primordiale, ainsi que cela ressort d'une note de M. le Dr Girard, ancien élève et préparateur d'Agassiz qu'on trouvera et qu'on lira avec intérêt dans le mémoire du Dr Chairou qui, appliquant ces données à l'ovaire, se rend facilement compte de la susceptibilité morbide plus grande de l'ovaire gauche que de l'ovaire droit.

Partant de ce fait, la localisation de la maladie dans l'ovaire, notre confrère établit une théorie fort ingénieuse sur laquelle il s'étend assez longuement, on pourrait même dire avec une certaine complaisance, comme est disposé à le faire tout promoteur de quelque idée nouvelle. « Il ne saurait y avoir hystérie sans ovarite et sans paralysie réflexe de l'épiglotte » (p. 67). « Neuf fois sur dix la paralysie de l'épiglotte est le résultat de la compression ovarique » (p. 66).

Deux chapitres entiers sont consacrés au développement de

cette idée à l'aide de laquelle on pourrait expliquer la plupart des symptômes de la névrose. Ainsi, d'après cette théorie, la congestion ovarique retentit principalement sur l'épiglotte dont elle pervertit et abolit l'action réflexe. Pour amener la conviction dans les esprits à l'égard d'une proposition si inattendue, l'auteur rappelle plusieurs faits qui établissent cette corrélation des organes sexuels avec le larynx. Je ne les passerai pas tous en revue; je signalerai seulement cette toux nerveuse, spasmodique avec picotements à la gorge, que l'on observe maintes fois au début de la grossesse, aux époques menstruelles, dans plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes.

Après avoir invoqué cette sympathie incontestable entre deux appareils d'organes si éloignés et si distincts en apparence, M. le Dr Chairou émet cette proposition : toute femme ayant une congestion d'un ou des deux ovaires et présentant l'anesthésie de l'épiglotte, est hystérique ; en un mot le signe constant et pathognomonique de l'hystérie consiste dans l'insensibilité de l'épiglotte.

D'après l'auteur, la constatation de ce signe serait des plus faciles. En glissant doucement le doigt jusqu'à la base de la langue on arrive à l'épiglotte « que l'on peut chatouiller, toucher et même gratter avec l'ongle sans déterminer le moindre mouvement de régurgitation. »

Ce phénomène ne serait pas seulement le signe pathognomonique de l'hystérie, il jouerait aussi le plus grand rôle dans la plupart des désordres nerveux qui appartiennent à la névrose. Ainsi le sentiment de constriction à la gorge et de suffocation, les mouvements convulsifs et spasmodiques des muscles du tronc et par suite des membres sont dus à l'état de l'épiglotte, qui deviendrait en quelque sorte le centre d'action et comme le pivot de la névrose. Ce rôle de l'épiglotte aurait une telle importance que si, au commencement de l'attaque, l'on a soin de faire faire à la malade des inspirations profondes ou de lui maintenir la langue en dehors de la bouche, les phénomènes s'arrêtent, la crise avorte.

Le médecin du Vésinet ne s'est-il pas exagéré la valeur de ce signe? A cette question je répondrai par les observations suivantes. Je dois dire d'abord que l'examen de l'épiglotte dans le but d'en constater la sensibilité n'est pas aussi facile que l'annonce notre confrère : j'ai essayé plusieurs fois de procéder à cet examen et presque toujours les efforts de vomis-

sement provoqués ont rendu cette constatation impossible.

En second lieu, je me demande si l'épiglotte est réellement pourvue d'une sensibilité bien exquise. Constitué par un cartilage réticulé que revêt une muqueuse excessivement ténue vers la pointe, cet organe ne me semble pas en possession d'un réseau nerveux bien développé.

Enfin si, de l'aveu même de l'auteur, l'accès convulsif ne constitue pas toute l'hystérie et n'en est qu'un symptôme tardif, un accident secondaire, comment se fait-il que cet état morbide de l'épiglotte, qui est le signe pathognomonique et primitif de la névrose, ne donne pas lieu dès le début à ce que l'on appelle l'attaque de nerfs ? La crise nerveuse devrait, au contraire, avoir lieu presque toujours, puisque, d'après la théorie, l'anesthésie de l'épiglotte est la cause déterminante de presque tous les phénomènes de l'accès convulsif.

Néanmoins, ce signe, qui est du même ordre que les autres anesthésies partielles des muqueuses et de la peau si communément observées dans l'hystérie, mérite de fixer l'attention. C'est dans la pratique civile et particulièrement dans les villes qu'on pourra l'étudier : on aura peu souvent l'occasion de l'observer dans les asiles d'aliénés où l'hystérie existe très-rarement à titre de névrose franche et où la folie hystérique n'est qu'une dégénérescence, un reliquat de la maladie dont la plupart des symptômes primitifs ont disparu.

D'ailleurs ce signe, déjà peu facile à constater chez les personnes raisonnables, l'est bien moins encore chez les aliénés.

Je me suis assez longuement étendu sur cette question qui, ainsi que je l'ai dit, constitue le point principal, le trait saillant de ce mémoire.

Dans l'étude des causes, l'auteur revient encore à son sujet favori. Partisan de la thèse de Landouzy dont presque toutes les observations mentionnent ce fait de la dysménorrhée préexistant à l'affection nerveuse, notre confrère affirme que « presque tout sujet ayant ses règles d'une manière irrégulière et accompagnées de douleurs intenses, présente la paralysie réflexe de l'épiglotte, et est par suite prédisposé à l'hystérie. »

Quant au traitement de l'hystérie, il devra consister surtout dans le traitement des ovaires, dit plus loin M. Chairou. Abordant tout d'abord la question du mariage, il se range à l'opinion de Briquet, qui regarde cet acte comme généralement nuisible chez les hystériques, et qui, loin de l'encourager comme remède à cette névrose, conseille au contraire de l'éloigner

jusqu'à une époque plus propice. Sage précepte, qui n'est que la consécration de cette loi médicale, d'après laquelle tout organe malade doit être condamné au repos.

Le signe donné comme pathognomonique par le Dr Chairou aurait à jouer ici un rôle important dans les décisions que le médecin est appelé à donner sur cette question délicate. Notre auteur est tellement convaincu de la valeur de ce signe, que, à cette occasion, il n'hésite pas à dire : « Il ne faut l'autoriser que lorsque les fonctions menstruelles seront parfaitement régularisées, et lorsque l'insensibilité de l'épiglotte aura totalement disparu » (p. 115).

Après avoir recommandé l'exercice, les voyages, les bains de mer, l'hydrothérapie, il donne le conseil, pour combattre la congestion des ovaires, de recourir aux sangsues sur le col de l'utérus, chez la femme mariée, ou sur le pli inguinal chez la jeune fille. Ces émissions sanguines, répétées de mois en mois, constitueraient le meilleur traitement de l'hystérie. A ce précepte un peu trop exclusif, je ferai une objection qui me paraît fondée. Il est à craindre, à mon avis, que ces émissions sanguines périodiques n'aient pour résultat de débiliter les malades en augmentant l'appauvrissement de leur sang, et de nuire ainsi au molimen menstruel qui, sans cela, aurait pu se faire spontanément. Je crois qu'il convient de ne recourir à ce moyen que dans le cas où la congestion métro-ovarique est rendue bien évidente, soit par l'état général, soit par les phénomènes locaux.

D'accord avec la majorité des praticiens, l'auteur prescrit d'habitude l'opium pour combattre la disposition hystérique, mais, contrairement à la pratique générale, il bannit d'une manière exclusive le fer et le quinquina. Je m'élève contre la condamnation de ces deux précieux médicaments dans la maladie dont il s'agit. Il est reconnu que la chlorose précède et prépare souvent l'hystérie. Il arrive un moment où ces deux affections sont presque toujours combinées et se compliquent plus ou moins ; car elles procèdent d'un même appareil d'organes, seulement la dysmétrie, au lieu d'agir sur le système nerveux de la vie animale comme dans l'hystérie, porte son action sur le système nerveux de la vie organique dans la chlorose, d'où les troubles de circulation, nutrition et calorification propres à cette dernière maladie. Je crois que, dans ces conditions qui sont les plus ordinaires, l'usage des toniques est bien indiqué. Dans tous les cas, ils me paraissent préféra-

bles au sulfure de mercure que notre confrère conseille, après l'opium, et dont je ne saisis pas bien l'opportunité dans cette névrose.

L'on pourrait peut-être reprocher à M. le Dr Chairou d'être un peu trop absolu dans ses idées et dans la théorie qu'il émet sur l'hystérie, mais je me plais à reconnaître que son mémoire, qui se trouve appuyé de 26 observations, est en somme fort intéressant. Il sera lu avec fruit par tous ceux qui désirent se tenir au courant du progrès scientifique.

Dr DE LAMAESTRE.

De l'imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent, par M. le docteur PROSPER DESPINE, de Marseille (1).

L'importance des questions soulevées par M. le docteur Despine et le soin avec lequel il les a traitées, nous font un devoir de reproduire textuellement plusieurs parties de son excellent travail. Nos lecteurs, j'en suis sûr, ne s'en plaindront pas.

Le sens propre du mot *imitation*, dit le docteur Despine, c'est l'action d'imiter, c'est faire, ou tâcher de faire ce que d'autres ont fait, parce qu'ils en ont donné l'exemple. Le mot *imitation* n'est cependant pas toujours employé dans ce sens, même par les savants qui ont traité cette question. Ainsi, l'auteur fait remarquer que tantôt on s'en sert pour désigner l'instinct d'imitation, qui est une des causes de l'action d'imiter, et que tantôt on l'emploie aussi pour énoncer la cause de l'acte imité, tandis qu'il signifie l'acte imité lui-même, effet des diverses causes d'imitation. C'est ce qui a lieu lorsque l'on dit : tel acte est dû à l'imitation, alors qu'il devrait y avoir : tel acte est dû à l'*exemple*, moyen par lequel agissent les diverses causes d'imitation.

Ces causes, le docteur Despine les rapporte à quatre chefs qu'il étudie successivement : 1° l'instinct d'imitation, 2° la loi de l'intérêt, 3° la contagion morale, 4° la contagion nerveuse.

1° *De l'imitation déterminée par l'instinct d'imitation*. Cet instinct, comme son nom l'indique, ne porte à imiter que par le seul mobile d'imiter. Son rôle dans les phénomènes d'imitation « est bien plus limité qu'on ne le croit généralement, et de plus, son mobile d'action, le désir de contrefaire, d'imiter l'acte dont on est témoin, ne s'élève jamais à une grande puissance,

(1) Brochure in 8°. F. Savy, édit. 24, rue Hautefeuille, Paris.

et ne peut guère porter à reproduire que des actes insignifiants au point de vue moral, ou des actes automatiques. C'est surtout dans le jeune âge que nous observons ses effets. Les enfants, sous l'influence de cet instinct, imitent les mouvements qu'ils voient faire, la démarche, la tenue, l'accent de la voix, la prononciation, les gestes et mille autres choses semblables dont les rendent témoins leurs parents et les personnes avec lesquelles ils sont le plus souvent en contact; et ils accomplissent ces actes sans y penser, sans le vouloir, sans presque le savoir; ou bien ils font avec intention ce qu'on appelle vulgairement des singeries; ils accomplissent même quelques actes importants, poussés par l'instinct d'imitation, lorsque les sentiments moraux élevés, sommeillant encore dans leur esprit, ne peuvent les guider et combattre les impulsions inconvenantes de l'instinct d'imitation devant des actes inconvenants. Suivant les actions dont ils sont souvent témoins, ils prennent une foule d'habitudes bonnes ou mauvaises. Portés par un besoin naturel, par une activité organique impérieuse, aux exercices du corps, à se mettre continuellement en mouvement, à jouer, l'instinct d'imitation fixe souvent le genre d'exercice auquel ils se livrent. Voient-ils courir, sauter, lutter, etc., ils font de même. L'un d'eux fait-il des tours de force, aussitôt ses camarades l'imitent. La vue fréquemment répétée des militaires qui s'exercent au maniement des armes fait surgir ces bataillons d'enfants, que nous voyons sur nos promenades, munis d'un fusil de bois et d'un simulacre d'équipement. Toutes les années, nous sommes témoins à Marseille d'un fait qui est dû à l'instinct d'imitation. Lorsque le cirque du champ de foire est démoli, on voit les gamins, qui ont assisté aux exercices des clowns, s'essayer sur la place même marquée par l'arène, à reproduire les tours de force dont ils ont été témoins. A un âge plus avancé, que d'habitudes ne prennent-ils pas sous la seule influence de l'instinct qui porte à imiter! En voyant fumer, ou boire des liqueurs fortes, ils sont engagés à faire de même, et ces premiers pas dirigés par cet instinct, par le désir de faire comme les autres, peuvent les conduire à des besoins impérieux et funestes dont ils ne pourront plus s'affranchir. »

.

» L'instinct d'imitation, faculté qui n'a rien de noble et d'élevé, est souvent fort développé chez les individus dont les facultés intellectuelles sont rudimentaires ou nulles, chez les imbéciles et même chez les idiots. La puissance de cette faculté peut être

considérée comme un grand bienfait chez ces disgraciés de la nature. Dépourvus d'initiative et de facultés psychiques capables de régler convenablement leur manière d'agir, ils trouvent dans l'instinct d'imitation bien dirigé un principe de bonne conduite et la source d'un travail utile et fructueux. On a vu des imbéciles ne pouvant rien imaginer, rien créer par eux-mêmes, être portés aux travaux d'imitation et devenir habiles à reproduire les modèles qu'ils ont sous les yeux, à peindre des fleurs, à imiter des ouvrages de couture et de broderie, à copier l'écriture, la musique, ou tout autre travail manuel compliqué.

» Dans cette circonstance, n'attribuons cependant à l'instinct d'imitation que ce qui lui revient, c'est-à-dire le penchant à imiter et le désir. Quant à l'habileté, elle dérive d'un principe différent, d'une adresse automatique naturelle. Plusieurs de ces individus imitent avec beaucoup d'exactitude le cri des animaux.

.

» En général, cet instinct est d'autant plus développé que l'individu est moins avancé en âge et que son intelligence est plus oblitérée, particularité qu'a signalée avec beaucoup de justesse M. Jolly. Ce qui contribue alors à donner de l'importance et du relief à la faculté d'imitation chez de tels individus, c'est que cette faculté ne rencontrant dans leur esprit, ni un antagonisme intellectuel, ni un antagonisme moral suffisants, aucun frein, en un mot, qui puisse contenir ses impulsions, les désirs d'imiter, elle dirige ces individus bien plus facilement qu'elle pourrait le faire chez les personnes qui possèdent de puissantes facultés intellectuelles et morales, éléments de la raison et du libre arbitre, ces personnes fussent-elles douées à un degré élevé de l'instinct d'imitation. »

.

2° *De l'imitation déterminée par la loi de l'intérêt.* « Ce principe d'imitation réside dans l'avantage que nous avons à employer les moyens les meilleurs à notre connaissance pour satisfaire nos aspirations, nos désirs, nos besoins. Telle manière de faire facilite-t-elle l'accomplissement de tel acte que nous nous proposons pour but? Aussitôt nous imitons cette manière, dans l'intérêt de la satisfaction de notre désir, de notre besoin, de notre goût. L'agriculteur, l'industriel, le fabricant, le constructeur, etc., voit-il que tel procédé employé par son voisin est supérieur à celui dont il se sert? il s'empresse d'imiter ce procédé, à moins qu'un brevet d'invention ou de perfectionnement

ne vienne y mettre obstacle. Ce principe d'imitation, dont l'activité s'observe à chaque instant, ne saurait être mis en contestation, je suppose.

» C'est ce même principe, c'est l'intérêt réfléchi et raisonné du sentiment du beau et des besoins intellectuels, qui nous porte à imiter ce qui peut les satisfaire dans les arts, dans les lettres et dans les sciences. Nous imitons alors dans un but plus noble et plus élevé que celui qui dérive de l'instinct d'imitation.

.

» On jugera du grand nombre d'actes que nous imitons par un effet de la loi naturelle de l'intérêt, si l'on considère que cette loi préside aux actes que nous accomplissons par le motif que ceux dont nous sommes témoins satisfont, en les répétant, nos sentiments divers tels que nos affections, l'amour paternel, l'amour filial, l'amitié, etc., les sentiments de respect et de vénération, le sentiment religieux, le sentiment de la propriété, la prudence, la curiosité, les sentiments domestiques tels que l'ordre, l'économie et la propreté, le sentiment du beau, le sens moral, etc., nos passions diverses, telles que la vanité, l'orgueil, l'ambition, la haine, la vengeance, le libertinage, la cruauté, etc.

» L'imitation dans l'art dramatique est aussi toute intellectuelle. Pour réussir dans ce genre d'imitation, pour bien représenter les personnages historiques, il faut être doué d'un grand talent d'observation, avoir beaucoup de finesse dans l'esprit afin de saisir toutes les particularités qui caractérisent ces personnages, et afin de mettre ces particularités en relief. Il faut de plus un certain exercice dans ce genre d'imitation, car on est loin de le posséder d'emblée. Il faut enfin être aidé par certaines qualités physiques qui facilitent les moyens de représenter ce que l'on désire. L'imitation est donc bien éloignée d'avoir alors son principe dans l'instinct irréfléchi de même nom; elle devient un art acquis par l'étude, et cet art ne peut atteindre un degré élevé de perfection que s'il est facilité par les dons naturels sus-mentionnés. »

.

3° *De l'imitation déterminée par la contagion morale.* « L'expression de *contagion morale* a été donnée à la science par Esquirol, de tous les médecins aliénistes le plus remarquable au point de vue de la justesse des appréciations psychologiques. Cet homme éminent a eu le mérite d'attribuer à cette expression son véritable sens, l'ayant appliquée à la communication, chez les

témoins, de passions et de sentiments semblables à ceux qui sont manifestés par autrui.

» Ce principe d'imitation est sans contredit le plus important de tous, à cause des conséquences graves qui en dérivent. »

.

« La contagion morale consiste en ceci : Les actes inspirés par les sentiments bons ou mauvais, par les passions, par les bons ou mauvais instincts, donnent aux personnes qui ont connaissance de ces actes, et qui sont susceptibles d'éprouver des sentiments, des passions semblables, le désir de commettre des actes semblables en excitant dans ces personnes ces mêmes sentiments et ces mêmes passions. La contagion des bons exemples est un fait trop généralement reconnu, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur sa démonstration. On a même tiré parti de cette connaissance pour exciter, développer et perfectionner les bons sentiments de l'enfant, pour lui donner une éducation morale. C'est principalement par de bons exemples, par la lecture de faits inspirés par de beaux et de nobles sentiments, que l'on élève sa nature morale, que l'on perfectionne ses bons instincts autrement appelés facultés du cœur. Ce qui a lieu pour les bons sentiments a exactement lieu, et par la même raison, pour les mauvais. La connaissance de ce fait est aussi répandue que celle du premier, puisque, tout en cherchant à développer les facultés morales par les moyens qui viennent d'être indiqués, on a soin d'éloigner de l'enfant les mauvais exemples et la lecture des récits immoraux, *dans la crainte de pervertir son cœur*. Voilà donc le principe de la contagion morale implicitement reconnu de tous. »

La contagion morale repose sur une loi naturelle qui peut être formulée ainsi : *Toute manifestation des instincts de l'âme, sentiments et passions quelconques, excite des sentiments et des passions semblables, et par conséquent des désirs semblables chez les individus qui sont susceptibles d'éprouver ces éléments instinctifs à un certain degré.*

Pour mieux rendre sa pensée, le docteur Despine compare « ce qui se passe alors dans notre esprit, à un phénomène physique fort connu. De même que la résonnance d'une note musicale fait vibrer la même note dans toutes les tables d'harmonie qui, étant susceptibles de donner cette note, se trouvent sous l'influence du son émis, de même aussi la manifestation d'un sentiment, d'une passion, excite le même élément instinctif, le met en activité, le fait vibrer, pour ainsi dire, che

tout individu susceptible par sa constitution morale d'éprouver plus ou moins vivement ce même élément instinctif. »

Par cette dernière partie, il explique pourquoi certains individus ne sont pas susceptibles de subir la contagion de tel ou tel sentiment, et pourquoi d'autres individus la subissent au contraire très-facilement.

.

« Le principe de la contagion morale, on le voit par ce qui précède, est tout autre que celui de la première et de la seconde cause d'imitation. Tandis que le principe de la première réside dans une faculté instinctive innée, l'instinct d'imitation, qui nous porte à imiter pour imiter seulement; tandis que le principe de la seconde réside dans la loi de l'intérêt qui nous porte à employer les moyens les plus sûrs et les plus avantageux pour satisfaire nos désirs, pour atteindre le but que nous nous proposons, le principe de la troisième cause réside dans la propriété qu'ont nos éléments instinctifs, sentiments ou passions, d'exciter et de mettre en activité, par leur manifestation, les mêmes éléments instinctifs, ou encore des éléments instinctifs différents mais d'une nature morale semblable, chez ceux qui sont susceptibles de les éprouver. »

Des faits nombreux que cite le docteur Despine, faits d'autant plus saillants qu'ils sont pris dans les actes criminels, lui ont démontré que lorsqu'un crime a un grand retentissement, on en voit toujours surgir un grand nombre de semblables. C'est à l'époque où l'esprit public est occupé par ces faits immoraux et par les exécutions capitales qui les rappellent, que se produisent le plus grand nombre de crimes. Aussi, l'auteur insiste-t-il sur le danger que présente pour la moralité et pour la sécurité publiques, l'insertion dans les journaux destinés au peuple, des procès criminels, ainsi que toutes ces œuvres ignobles de la littérature moderne, qui ne peuvent avoir de lecteurs qu'en excitant la curiosité et les émotions par des tableaux cyniques, des intrigues immorales, qu'en mettant en scène des héros d'une perversité étrange.

« La contagion morale ne se borne pas à produire des faits semblables; elle peut donner lieu aussi à des actes différents, mais de même nature morale; elle peut produire encore des actes semblables quoique inspirés par des sentiments différents qui sont néanmoins d'une même nature morale. Ainsi, le bien manifesté peut engendrer toute sorte de bien, et le mal toute sorte de mal. Dans ce dernier cas, la contagion des mauvais

sentiments revêt un véritable caractère d'*infection morale*. »

Divers faits sont cités à l'appui de cette infection.

« Tout le monde n'est pas apte à subir à un égal degré la contagion morale, soit en bien, soit en mal. Il faut pour la subir : 1° Etre suffisamment animé de sentiments semblables à ceux qui sont manifestés par autrui, et que ces sentiments soient assez excitables pour qu'ils entrent en activité devant ces manifestations; 2° Etre peu doué, ou être dénué des sentiments antagonistes de ceux qui sont manifestés. Dans ces conditions, les désirs inspirés par les sentiments que l'exemple a excités, ne rencontrant pas dans la conscience des éléments moraux qui leur fassent opposition, ou n'en rencontrant que de très-insuffisants, ces désirs, dis-je, déterminent facilement des actes semblables. La contagion morale est encore facilement subie, soit en bien, soit en mal, par ces individus sans caractère, dont les éléments instinctifs n'ont ni activité, ni initiative, et qui deviennent toujours un pâle reflet des personnes qu'ils fréquentent. Malheur à ces natures malléables, incolores, si le hasard de la naissance les a placées dans un milieu immoral ! Elles y recevront inévitablement l'empreinte du vice, sans pouvoir se soustraire par elles-mêmes à sa fatale influence Si, au contraire, elles sont entourées de personnes morales, elles deviendront bonnes, et resteront telles par habitude. Entraînées au mal par des influences perverses contagieuses, accidentellement soulevées, ces personnes reviendront facilement à une bonne conduite par de bons conseils et de bons exemples, bien différentes en cela des individus portés aux actes criminels par l'initiative énergique de leurs sentiments pervers. »

4° *De l'imitation déterminée par la contagion nerveuse.* « Cette espèce de contagion, dont le principe réside dans un état névropathique générateur de phénomènes spasmodiques, convulsifs, et même de manifestations morales anormales, détermine, chez les témoins aptes à recevoir cette contagion, une névrose semblable, et avec elle des phénomènes somatiques et psychiques de même nature.

» Quoique la contagion nerveuse dérive en général d'une névrose, c'est-à-dire d'un état pathologique, on rencontre quelques-uns de ses effets dans l'ordre physiologique. Exposons-les en premier lieu. Une personne qui sourit, fait parfois sourire involontairement les personnes qui la regardent, même sans que celles-ci s'en aperçoivent. Les spectateurs de scènes mimiques prennent souvent les diverses expressions de physionomie ma-

nifestées par l'artiste. La vue de certaines contractions musculaires produit alors chez les témoins un état nerveux qui détermine des contractions musculaires semblables. Le rire, phénomène convulsif physiologique, est fort contagieux. Dans une société, une personne est-elle prise du rire, il n'est pas rare de voir ce même phénomène se produire chez d'autres personnes, et cela malgré elles, malgré les efforts qu'elles font, par convenance, pour se retenir. Le bâillement, phénomène spasmodique, est, on le sait, très-contagieux aussi. La toux opiniâtre d'un malade fait souvent tousser des personnes bien portantes. La toux convulsive de la coqueluche est très-contagieuse. Lorsque plusieurs enfants atteints de cette maladie se trouvent réunis, l'accès de toux de l'un d'eux est presque toujours le point de départ d'un accès semblable chez les autres. Quoi de plus contagieux que les contractions musculaires qui produisent l'effort ! »

.

« La contagion nerveuse se manifeste principalement sous l'influence d'un état nerveux pathologique, de névroses qui produisent des phènomènes spasmodiques, convulsifs, et psychiques anomaux. La maladie qui se propage peut être seulement convulsive, ou bien elle peut être convulsive et mentale en même temps.

» Elle est convulsive seulement, dans certains tics, dans la danse de Saint-Guy, dans les spasmes de la poitrine et du gosier qui reproduisent le cri de divers animaux, tels que l'aboiement, le miaulement, etc., dans les convulsions hystériques, épileptiformes et même épileptiques qui, de tout temps, se sont propagées par contagion dans les lieux où se trouvent réunies un grand nombre de personnes, et principalement de femmes, de jeunes filles et d'enfants. C'est dans les couvents, les pensionnats, les églises, les cimetières, les ateliers, que l'on a vu le plus souvent surgir les épidémies convulsives. »

.

« La névrose contagieuse est ordinairement convulsive et mentale, lorsqu'elle se développe chez des populations soumises à des causes physiques débilitantes, et que ces populations sont fortement impressionnées et absorbées par des causes morales, circonstances qui excitent vivement le système nerveux. C'est toujours sur les personnes les plus naturellement impressionnables, les femmes et les enfants, que la contagion nerveuse pathologique exerce alors ses plus grands ravages. Sous l'in-

fluence de ces causes, on a vu se développer de grandes épidémies de névroses convulsives, accompagnées de phénomènes psychiques anomaux qui ont dû les faire appeler : Folies épidémiques. »

La contagion nerveuse a été attribuée par M. Bouchut à un miasme qui se forme dans les lieux où sont rassemblées les personnes impressionnables, miasme qui affecte le système nerveux, et qui se propage par contagion chez ces personnes. Le docteur Despine pense que les phénomènes attribués à la contagion nerveuse pourraient n'être dus qu'à la contagion morale et être un effet de l'influence que le moral exerce sur le physique. Il présente diverses considérations en faveur de cette manière de voir.

« Ce n'est pas seulement en imitant ce que d'autres ont fait, que des actes semblables s'accomplissent dans la nature. Les êtres qui sont régis par les mêmes lois, ceux qui sont animés d'éléments instinctifs, de désirs, de besoins semblables, manifestent naturellement des phénomènes identiques; et c'est dans cet ordre de phénomènes que se trouvent réellement vraies les paroles suivantes de Cabanis : « La nature s'imite elle-même. » Les astres soumis aux mêmes lois physiques se meuvent dans l'espace d'une manière identique. Les combinaisons chimiques sont partout les mêmes. Les végétaux, dont l'organisme est le même, manifestent des phénomènes semblables. Les animaux dont les instincts et les besoins sont de même nature, se comportent d'une manière identique. Enfin, dans l'espèce humaine, des éléments instinctifs communs à toutes les races, à différents degrés de développement cependant, produisent des tendances particulières, des goûts, des penchants, des désirs semblables qui les poussent naturellement dans telle direction, et qui les éloignent de telle autre. De là des institutions et des mœurs à peu de chose près semblables, une manière de faire toujours à peu près la même. Et cette identité dans les éléments instinctifs étant déterminée par une identité dans l'organisation intime du cerveau, se perpétue tant qu'une modification dans l'organisme n'a pas été opérée par le mélange des races. »

.

« Les actes qu'un homme accomplit sont plus ou moins semblables aux actes accomplis par d'autres hommes; les scènes de la vie humaine sont toujours à peu près les mêmes, les acteurs seuls changent. Cette ressemblance dans l'activité est due, soit

à l'identité des éléments instinctifs qui animent l'esprit humain, soit à l'imitation déterminée par les quatre causes que nous avons étudiées, ces deux sources de similitude dans les actes agissant ou séparément ou conjointement. Si c'est par l'identité seule des éléments instinctifs qu'un sexe a toujours recherché l'autre sexe, que les parents doués d'affection se prêtent secours et assistance, que les hommes charitables viennent en aide aux malheureux, que nous recherchons la société de nos semblables, que nous veillons avec soin à nos intérêts, etc., etc., souvent aussi la contagion morale, la manifestation de sentiments et de passions, avivant chez les témoins des éléments instinctifs semblables que n'ont pas suffisamment stimulés pour les mettre en activité leurs causes excitantes naturelles: souvent, dis-je, la contagion morale vient en aide à ces causes excitantes pour déterminer des actes semblables. Souvent, encore, l'exemple nous offrant un moyen facile de satisfaire les demandes de nos éléments instinctifs, concourt avec l'activité de ceux-ci pour produire des actes semblables qui doivent aboutir à cette satisfaction. Qu'un drame émouvant, tel qu'une exécution capitale, soit annoncé, aussitôt l'on voit accourir la populace sur le lieu du sacrifice. Est-ce par un effet de l'imitation? non, c'est parce que la curiosité, et ce besoin naturel qui porte l'homme à rechercher les émotions vives, et même les plus pénibles, quand il n'en est pas personnellement l'objet, sont entrés en activité chez tous sous l'influence de la même cause. Est-ce par l'effet de l'un des quatre principes d'imitation, que les habitants de Paris se sont transportés pendant plusieurs jours sur le théâtre du massacre exécuté par Tropmann? non, c'est parce que la même cause a excité les mêmes principes instinctifs chez tous et leur a inspiré le même désir. Cependant il a dû y avoir des cas où l'instinct d'imitation inspirant le désir de faire comme les autres pour faire comme les autres, a déterminé à se rendre au champ de Pantin quelques personnes qui n'y étaient poussées ni par la curiosité, ni par le besoin d'éprouver des émotions. Il est probable également que ces éléments instinctifs manifestés par la foule, ont assez surexcité ces mêmes éléments instinctifs chez certaines personnes moins impressionnées naturellement, pour que ces éléments, devenant plus actifs par le contact, aient inspiré à ces personnes le désir d'aller aussi sur les lieux du crime. Ces exemples nous montrent comment, pour la production des actes semblables, interviennent, soit l'identité des

éléments instinctifs, soit les divers principes d'imitation.

« Pour citer un fait saillant à l'appui de l'identité dans les procédés et dans les actes déterminés par celle des éléments instinctifs propres à la race, rappelons que tous les écrivains font observer en ce moment que, dans la guerre actuelle, les Allemands se comportent exactement comme aux temps passés. Leurs succès sont dus beaucoup plus aux masses énormes qu'ils présentent à l'ennemi et à la puissance de leurs agents destructeurs qu'au courage et à la valeur. Sans initiative individuelle et très-patients, ils obéissent facilement et aveuglément aux ordres de leurs chefs. Impassibles, la frayeur panique n'a pas de prise chez eux. Très-intelligents et réfléchis, ils combinent leurs projets longtemps et avec persévérance, et ils les combinent très-habilement. Nullement expansifs, ils savent cacher ces projets. Médiocrement doués de sentiments nobles et élevés, les moyens les plus monstrueux et les plus odieux ne leur répugnent point, les procédés bas et vils, tels que l'espionnage organisé, leur paraissent naturels. Une fois le casque en tête, ils perdent complétement toute notion du bien moral et du mal moral. Pour eux le bien est alors la force brutale, et le mal tout ce qui leur résiste, quoique la résistance soit inspirée par les meilleurs et les plus nobles sentiments. En général très-religieux, ils supposent la Divinité complice de leurs actes de brigandage. Enfin, dans la guerre, ce sont toujours les anciens barbares du Nord; animés des mêmes instincts qu'autrefois, ils s'imitent sans cesse, ou plutôt ils agissent toujours de la même manière, et, ce que l'on ne doit pas oublier, ils s'imiteront toujours. La civilisation peut polir la superficie, amoindrir les aspérités, mais elle n'a pas le pouvoir de changer, de faire disparaître les éléments instinctifs des races. Aussi, à un moment donné, lorsque rien ne retient plus ces éléments, ils reparaissent dans toute leur vigueur. Et nous-mêmes, descendants des Gaulois, ne sommes-nous pas, sous le rapport instinctif, ce qu'ont été nos ancêtres? ne nous imitons-nous pas toujours dans les qualités comme dans les défauts? Impressionnables, expansifs, facilement aveuglés par nos passions, vantards, vaniteux, frivoles, aimant trop les plaisirs, braves, généreux, sensibles et courageux; le coq, un des insignes de la nation gauloise, a toujours été et ne cessera d'être le véritable emblème de notre caractère. » L. L.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— De l'imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent, par le Dr Prosper Despine. Paris, 1871, in-8° de 31 pages, chez Savy, 24, rue Hautefeuille. Prix, 1 fr. 25

— De la contagion morale. Faits démontrant son existence; son explication scientifique, du danger que présente, pour la moralité et la sécurité publiques, la relation des crimes donnée par les journaux, par le Dr Prosper Despine. Paris, 1871, in-8° de 24 pages, chez Savy. Prix, 1 franc.

— Rapport médico-administratif sur l'asile d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), pour l'année 1870 ; par M. le Dr Henry Bonnet. Mayenne, 1871, vol. in-8° de 125 pages.

— Schema di regolamento administrativo e disciplinare pel manicomio di Firenze. Florence, 1871, in-8° de 107 pages.

— Proposition de loi tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme ; présentée par M. Théophile Roussel, député à l'Assemblée nationale. Paris, 1871, in-4° de 43 pages.

—De la chorée, considérée au point de vue de la symptomatologie, du diagnostic et de l'état mental; thèse, par M. le D Adrien Fèvre, in-4° de 45 pages.

— Rapport sur le vinage, fait à l'Académie de médecine dans la séance du 15 mai 1870, par M. le Dr Bergeron. Paris, 1870, in-8° de 92 pages.

— A treatise on diseases of the nervous system, par M. le Dr William A. Hammond. New-York, 1871; vol. in-8° de 750 pages.

— Seventh annual report of the Inverness district lunatic asylum, for the year 1870; br. in-8° de 35 pages.

THÈSES DE PARIS.

(1869, suite et fin) Voy. *Annales médico-psychologiques*, 1870. T. VI, p. 150.

251. Gillet (René). Des sympathies envisagées au point de vue clinique.

277. Claverie (Denis). De l'hématome du pavillon de l'oreille.

281. Déchéry (P.). Quelques formes d'atrophie et de paralysie glosso laryngées d'origine bulbaire.

283. Estachy (Louis). Considérations étiologiques sur le goître dans les Hautes-Alpes.

VARIÉTÉS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Voici quelles ont été les nominations et promotions faites dans le service des aliénés depuis le mois de juillet 1871.

31 *juillet* 1871 : Arrêté ministériel séparant les fonctions administratives des fonctions médicales à l'asile de Cadillac (Gironde). — M. le Dr Icard est confirmé dans ses fonctions de directeur; M. le Dr Peon est nommé médecin en chef de l'établissement.

Arrêté du 4 août : M. le Dr Dubiau, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, est nommé médecin en chef de la section des femmes de l'asile Saint-Pierre à Marseille; il est en même temps promu à la deuxième classe de son grade. M. le Dr Hildenbrand, médecin en chef de l'asile de Stéphanfeld (Bas-Rhin), est nommé médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Marseille.

Arrêté du 4 août 1871 : M. le Dr Bulard, médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Maréville, est nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux.

Arrêtés des 4 et 10 août 1871 : M. le Dr Sauze, médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Marseille, nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le Dr Lemenant des Chesnais, ayant refusé ce poste, a été nommé directeur-médecin honoraire.

Arrêté du 24 août 1871 : M. le Dr Renault du Motey, directeur de l'asile de Stéphansfeld, est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne.

Arrêtés du 26 août : M. le Dr Bonnet, directeur-médecin de l'asile de la Charité (Nièvre), est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire.

M. le Dr Brunet, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé au même titre à l'asile de la Charité et promu à la deuxième classe de son grade.

M. le Dr Fougères, ancien directeur-médecin de l'asile de Naugeat, à Limoges, est nommé directeur-médecin de l'asile de Dijon.

M. le Dr Bouteille, médecin-adjoint de l'asile de Pau, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auch, en remplacement de M. le Dr Busquet, mis en disponibilité sur sa demande.

Arrêté du 31 août : M. le Dr Petrucci, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est nommé médecin en chef de la section des femmes à Maréville.

Arrêté du 3 septembre : M. le Dr Lachaux, ancien médecin en chef de la section des femmes à Marseille, est nommé médecin en chef honoraire.

Arrêté du 30 septembre : M. le Dr Max Simon, interne de l'asile de Dôle, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon.

Arrêté du 10 octobre : M. le Dr Lièvre, ancien interne des hospices de Montpellier, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau.

MM. les Drs Lemenant des Chesnais, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne et Sellier, médecin-adjoint de l'asile de Stéphansfeld, ont été appelés à d'autres fonctions en dehors du service des aliénés.

Ont été promus, pour prendre rang à partir du 1er août 1871 :

A la première classe de leur grade (7,000) : MM. les Drs Védie, Fusier et Teilleux, directeurs-médecins des asiles d'Evreux, Chambéry et Auxerre.

A la deuxième classe (6,000) : M. le Dr Laffitte, directeur-médecin de l'asile de Rennes.

A la troisième classe (5,000) : M. Cottard, directeur de l'asile de Mont-de-Vergues, à Avignon et M. le Dr Guérineau, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).

A la quatrième classe (4,000) : M. Barthélemy, directeur de l'asile du Mans.

Et parmi les médecins-adjoints :

A la première classe (2,600) : MM. les Drs Delaporte, Réverchon et Poret, des asiles de St-Yon, Ste-Gemmes et Auxerre.

A la deuxième classe (2,100) : MM. les Drs Tardieu, Maret et Abram, des asiles de Blois, Quatre-Mares et Marseille.

NÉCROLOGIE.

Les événements déplorables de notre malheureuse patrie, et dont Paris a surtout été la victime par l'invasion des barbares du XIXe siècle, ont interrompu nos communications scientifiques avec l'étranger. Depuis longtemps, nous ne recevons plus l'*American journal of insanity* et l'*Archivio italiano*. Il est à craindre que des morts de savants aliénistes ne nous soient pas connues, et que par cette interruption nous ayons été empêchés de leur rendre la justice qui leur était due. Ce n'est qu'accidentellement que nous avons été informés de celle du docteur Monlau, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, arrivée dans le cours de cette année.

Pedro Felipe Monlau, originaire de Barcelone, où il naquit en 1808, annonça de très-bonne heure d'heureuses dispositions pour la littérature et la médecine. Son *Manuel de l'écrivain*, publié en 1831, est un excellent exposé des qualités nécessaires à l'homme qui se destine à écrire. Comme beaucoup de ses compatriotes, il a traduit plusieurs traités français, les *Éléments de botanique* d'Achille Richard, les *Éléments d'accouchements* de Velpeau, notre *Mémoire pour l'établissement d'un hôpital d'aliénés*, couronné par la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles, en 1844; la *Médecine des Passions* du docteur Descuret, etc. Sa réputation le fit appeler à Madrid, où il fut nommé professeur de psychologie et d'hygiène. Il a publié,

de concert avec le professeur Rey, un *Traité de logique* et plus tard un *Traité d'hygiène publique*, dont la seconde édition a été analysée par nous dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*.

La haute position scientifique du docteur Monlau l'avait fait nommer au conseil d'hygiène et choisir comme membre de la commission internationale pour le choléra-morbus, qui siégea à Constantinople. La multiplicité de ses travaux et de ses occupations ne suffisait pas à sa grande activité; il trouva moyen de fonder un journal qui avait pour titre le *Monitor de la Salud*, qui a obtenu un véritable succès. Dans le dernier voyage qu'il fit à Paris en 1868, sa santé, qui avait souffert de ses voyages, paraissait rétablie, et depuis son retour en Espagne, nous avions reçu de lui plusieurs lettres qui nous faisaient présager de plus longs rapports.

Monlau n'était pas seulement un esprit fin et délicat, mais aussi un logicien dont l'entraînement des idées prouve l'utilité des véritables études philosophiques. La simple énumération de ses titres par son fils, montre la variété de ses connaissances en histoire et en littérature. Les qualités de son cœur étaient à la hauteur de celles de son intelligence; il nous en a donné plus d'une marque, particulièrement en contribuant à faire rendre justice aux membres de la commission désignés par la Société médico-psychologique pour examiner l'affaire Sagrera. Sa mort est une perte pour l'Espagne; elle nous a été très-sensible, comme celles de Monti, de Bonucci, de Mittermaier, de Griesinger, qui se sont succédé si rapidement. C'est, du moins, une consolation, au milieu des horreurs des guerres de cruelle et avide ambition, d'ignobles instincts, de voir s'étendre la sainte alliance du monde scientifique, que ne devraient jamais troubler les fureurs des passions.

A. Brierre de Boismont.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1871.

Prix Civrieux. L'Académie n'a reçu qu'un mémoire pour ce prix ; il porte pour épigraphe : « La véritable base scientifique de la thérapeutique doit être dominée par la connaissance de l'action physiologique des causes morbides, des médicaments et des poisons. »

Les membres de la commission chargée d'examiner ce mémoire sont : MM. Béhier, Chauffard, Gubler, Tardieu et Briquet.

PRIX RIBERI.

Le quatrième concours pour le prix triennal Riberi, de 20,000 fr., à décerner en 1874, est déjà ouvert. En voici le programme: *Des maladies nerveuses en général, ou de quelques-unes en particulier*.

Les ouvrages manuscrits ou imprimés en 1871, 1872 et 1873 peuvent concourir, pourvu qu'ils soient en langue italienne, française ou latine.

Les adresser, en double exemplaire, avec devise et franc de port, à l'Académie royale de Turin, avant le 31 décembre 1873.

LES ALIÉNÉS PAUVRES EN ANGLETERRE ET DANS LE PAYS DE GALLES.

Nous trouvons, dans le numéro de juillet 1871 du *Mental Science*, les documents statistiques suivants sur les aliénés pauvres en Angleterre et dans le pays de Galles :

Au 1er janv. 1859, le nombre de pauvres sur une population totale de 20,061,725 (recensement de 1861), était de 86,753, et celui des aliénés pauvres de 30,318 (13,389 hommes et 16,929 femmes), soit 3,50 p. 100, 2,47 pour les fous et 1,03 pour les idiots. Après avoir augmenté progressivement de 1860 à 1863, le nombre de pauvres a diminué de 1864 à 1866 pour augmenter de nouveau de 1867 à 1869. Quant au chiffre des aliénés pauvres, il s'est élevé progressivement et sans interruption de 1859 à 1869, de 30,318 à 45,153 (20,045 hommes et 25,108 femmes). En 1867, la proportion des aliénés pauvres par rapport à la totalité des pauvres inscrits, était de 4,3 p. 100, à savoir 3,2 pour les fous et 1,1 pour les idiots.

La proportion des idiots par rapport aux fous qui est de 29,3 p. 100 pour l'ensemble du pays, n'est que de 9,5 p. 100 dans la métropole, tandis qu'elle atteint le chiffre de 52,3 p. 100 dans le nord du pays de Galles.

Sur les 30,318 aliénés secourus en 1859, 16,557 seulement, c'est-à-dire un peu plus de la moitié, étaient placés dans des établissements spéciaux; les autres étaient assistés dans leur famille ou dans les workhouses. En 1869, le nombre des premiers était de 27,001 sur 45,153, soit environ les trois cinquièmes.

La dépense des aliénés pauvres s'est accrue plus rapidement encore que le nombre des malades. En 1862, la dépense des aliénés traités dans les asiles, 19,511, n'avait été que de 12,132,989 fr. soit, pour chaque aliéné, de 622 fr. par année. En 1869, la dépense pour 27,001 malades s'est élevée à 17,870,166 fr. soit, pour chaque aliéné, à 661 fr. par année, ce qui constitue dans l'ensemble des dépenses une augmentation de 47 p. 100.

Nos confrères d'outre-Manche se préoccupent sérieusement de l'encombrement des asiles par les aliénés chroniques et incurables et dans la réunion de l'Association médico-psychologique, qui s'est tenue à Londres en juillet 1870, ils ont formulé la déclaration suivante : « qu'il était désirable de faciliter l'admission, dès le début de la maladie, dans les asiles, des cas aigus de folie survenant chez les pauvres, en plaçant ailleurs les aliénés chroniques et incurables. »

L. L.

Le rédacteur en chef,
L. LUNIER.

Le directeur-gérant,
BAILLARGER.

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

PATHOLOGIE.

DU DÉLIRE PANOPHOBIQUE DES ALIÉNÉS GÉMISSEURS

INFLUENCE DES ÉVÉNEMENTS DE GUERRE SUR LA MANIFESTATION DE CETTE FORME DE FOLIE,

Par M. le Dr MOREL,

Médecin de l'asile Saint-Yon.

(*Mémoire lu à la Société médico-psychologique dans la séance du 26 juin 1871.*)

« Quelques Lypémaniaques s'effrayent de tout, et » leur vie se consume dans des angoisses per- » pétuellement renaissantes, tandis que d'autres » sont terrifiés par un sentiment vague qui n'a » aucun motif. *J'ai peur*, disent ces malades; mais » de quoi? *Je n'en sais rien, mais j'ai peur.* Leur » extérieur, leur physionomie, leurs actions, leurs » discours, tout exprime en eux la frayeur la plus » profonde, la plus poignante, de laquelle ils ne » peuvent ni se distraire, ni triompher. » (ESQUIROL, *De la Lypémanie ou mélancolie.* Tome II, 417.)

Qu'est-ce que le délire panophobique de certains aliénés? Quelle est l'influence exercée par l'horrible guerre que nous venons de traverser sur la manifestation de cette

forme de folie? Telle est la double question que je vais essayer de traiter dans ce mémoire.

Le délire des panophobes gémisseurs se caractérise par une anxiété des plus vives s'étendant à toutes choses et surtout aux intérêts immédiats de l'existence. Cette anxiété est tellement intense dans les cas extrêmes et parfois aussi tellement continue, qu'elle se traduit par des gémissements incessants, par de véritables états spasmodiques qui durent non-seulement des jours, mais des mois et des années. Ce qui caractérise encore cet état, quand on l'étudie dans les exacerbations qui constituent sa phase ou sa période aiguë, c'est la persistance des phénomènes maladifs, l'absence d'un délire systématisé, ainsi que la rareté extrême d'une transformation maladive de quelque nature qu'elle soit. A vos questions les malades répondent par des gémissements et souvent aussi par des reproches, comme si vous étiez la cause de leurs terreurs invincibles et les auteurs de leurs maux. Il en est qui se livrent à un manége ambulatoire perpétuel. Ils ont la figure crispée, grimaçante des pleureurs, mais ils ne versent pas de larmes. D'autres restent accroupis avec leurs vêtements relevés par-dessus la tête. Le seul signe de vie qu'ils donnent est de gémir d'après un rhythme invariable avec accompagnement de tel ou tel geste automatique qui finit par passer à l'état de tic et à s'harmoniser avec leurs gémissements. Enfin l'immobilité extrême des terrifiés, immobilité que j'ai appelée cadavérique dans quelques cas extrêmes, constitue l'*habitus* extérieur de certains panophobes qui ont passé des mois à gémir et à répéter incessamment la même phrase.

Ce qu'il y a de caractéristique encore dans cette situation, est que de pareils états peuvent durer des mois, des années, sans compromission bien marquée des fonctions organiques. Dans les premiers temps, les malades refusent souvent de manger, par le motif qu'ils sont ruinés et qu'il leur

est impossible de payer leur pension. Malgré l'alimentation forcée nous en avons vu quelques-uns être en grand danger de mourir par suite du marasme qui succède à l'inanition. Mais dans l'état chronique les malades mangent et parfois avalent leurs aliments avec une sorte d'avidité distraite. Leurs fonctions digestives s'exécutent bien. Ils ne sont généralement pas privés de sommeil. Mais à leur réveil ils reprendront leurs gémissements interrompus de la veille avec répétition des mêmes gestes, des mêmes phrases et des mêmes plaintes stéréotypées.

Ces aliénés n'ont aucun soin de leur personne. Ce n'est qu'avec la plus grande peine que l'on parvient à les habiller et à les faire se tenir propres. Ils ne sont cependant pas gâteux à la manière des paralysés généraux et des déments. La sensibilité physique est chez eux profondément abaissée. Ils supporteront sans se plaindre les rigueurs de toutes les températures. Il est à supposer que dans les horribles milieux où vivaient autrefois les aliénés, les cas extrêmes de ce genre étaient plus communs qu'aujourd'hui. L'insensibilité physique dont ces malades font preuve de nos jours a pu donner naissance à l'opinion que ces malheureux pouvaient supporter sans inconvénient le froid, la faim ainsi que les plus mauvais traitements.

La courte description qui précède s'adresse aux cas chroniques et extrêmes. J'en fournirai des exemples dans un instant. Je vais essayer maintenant d'esquisser le portrait des panophobes plus sociables, si l'on veut bien me passer cette expression. Ils sont nombreux dans notre asile de femmes, et les causes morales qui ont sévi dans ces fatales années 1870-1871, n'ont pas été sans influence, il s'en faut, sur le nombre croissant des aliénés de cette catégorie. On ne sera pas étonné non plus que, pour des motifs faciles à comprendre, cette variété de folie se rencontre bien plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Dans notre asile de Saint-Yon nous avons eu cette année de

nombreux cas de panophobie. Les femmes atteintes de cette affection se sont présentées à notre observation dans deux situations différentes. Dans la première on les voit agitées, allant et venant, livrées à toutes les angoisses de la crainte et du désespoir. Elles se disent condamnées à être brûlées, enterrées vivantes..., et cependant elles ne cessent de répéter qu'elles sont innocentes et qu'elles n'ont rien fait pour mériter le dernier supplice. Parfois cependant elles s'accusent, mais de choses tellement insignifiantes, que l'on est toujours tenté de croire qu'elles ne parlent pas sérieusement. Lorsque le lendemain de leurs plaintes les plus vives, les mieux accentuées, on cherche à leur démontrer la fausseté de leurs prédictions de la veille, elles diront que ce n'est que partie remise et fixeront au lendemain la réalisation de leur supplice. Ce sont les médecins, les gardiens, bien rarement des personnes étrangères à l'asile, qui doivent être leurs bourreaux, leurs exécuteurs. Cependant ces sortes de malades, et c'est là un signe caractéristique, ne témoignent contre leur entourage ni animadversion, ni haine. Contrairement à ce que l'on observe chez les délirants par persécution, chez quelques maniaques, chez des épileptiques ou paralysés généraux au début, ils ne réagissent pas par la violence ; ils ne sont pas menaçants ou agressifs. Malgré les cris, les gémissements, les reproches de plusieurs, ils sont ordinairement d'un caractère doux et débonnaire. Ils se contentent de se plaindre, de gémir, et quelques-uns se livrent à une mimique des plus expressives, ainsi que pourraient le faire les meilleurs comédiens.

Leur crainte d'être mis à mort ou exposés à des condamnations déshonorantes alterne ordinairement avec leur délire de prédilection, celui d'être ruinés, dépossédés de tout, hors d'état de payer leur pension. Ce sont sous ce rapport les délirants les plus logiques qu'il m'ait été donné d'observer. Ils refuseront non-seulement de manger pour leur propre compte, mais ils voudront parfois empêcher les

autres de le faire. Généralement ils mettent une obstination inouïe dans leur refus d'alimentation aussi bien que dans l'exécution d'autres actes tels que s'habiller, se déshabiller, prendre des bains, aller à la promenade, etc., etc. La mise en pratique de ces obligations et devoirs renouvelle souvent avec une intensité extrême leurs cris et leurs gémissements.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels que l'on observe chez les panophobes le suicide et les hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Je puis même affirmer que dans les cas de panophobie bien dégagés de toute influence héréditaire, je n'ai jamais rencontré le suicide, à moins que l'on ne regarde comme tel ce *suicide indirect* qui se traduit par le refus d'alimentation. Ce sont bien au contraire les plus craintifs et les plus stationnaires de tous les êtres délirants. Ils resteront des temps infinis dans la même situation sans que leur état vésanique diminue, augmente, se généralise ou se transforme. Dans ces conditions ils ne se soucient plus de rien. Ils sont comme rivés à une crainte, à une terreur et à un désespoir sans nom, et les plus graves événements du monde extérieur, ceux-là même qui ont déterminé ou précipité leur folie, les laissent indifférents ou sont pour eux comme non avenus. Maintes fois avons-nous tenté d'agir sur le moral de ces malades en leur procurant les visites de leurs parents ou amis. Quelques-uns, après cette épreuve, sont devenus plus agités, et ceux-là même qui nous tourmentaient le plus pour obtenir leur sortie nous suppliaient ensuite de ne pas les renvoyer. Ils se refusaient obstinément aux désirs de leur famille, tant était grande leur crainte de subir au dehors le supplice qu'ils redoutent.

Un autre caractère à noter c'est que, contrairement à ce que l'on observe chez les délirants par persécution et chez les aliénés au délire restreint, les panophobes sont incapables de jouer un rôle, de dissimuler leurs impressions, de vous tromper sur la réalité de leurs sensations délirantes,

ainsi que peuvent le faire d'autres malades qui ont assez de puissance pour simuler la guérison et obtenir ainsi leur sortie. Les panophobes gémisseurs sont essentiellement plus ou moins *échos*, répétant malgré eux non-seulement leurs propres impressions intérieures, mais les impressions des malades appartenant à la même variété ou famille pathologique. Nous avons vu sous ce rapport des panophobes imiter les tics et gestes d'autres panophobes. Nous en connaissons qui se regardent dans la glace et prétendent ne pas se reconnaître. On a également changé la figure de leurs parents. Telle malade refuse de reconnaître son mari, son père, ses enfants. La disparition de la personnalité va quelquefois jusqu'à un tel point qu'il en est qui prétendent être morts et qui prennent des poses cadavériques. Leurs gestes, leurs tics, leurs agissements extérieurs sont souvent en rapport avec leurs impressions intimes. Nous avons vu de ces malades qui tenaient leurs yeux obstinément fermés, qui se voilaient la face et agitaient leurs membres supérieurs d'une façon désordonnée comme pour éviter un danger imminent. C'est sous la même impression qu'une aliénée de Saint-Yon qui est sortie guérie ne se présentait à la visite que courbée en deux, poussant des gémissements et se faisant des signes de croix dans le dos. C'était la seule réponse de cette malade aux questions qui lui étaient adressées, la seule manifestation extérieure de ses sentiments intimes. Une autre, qui a pendant quelque temps contrefait la morte, reste maintenant immobile comme une statue et lorsqu'on la force à marcher elle crie que c'est impossible. Sa locomotion consiste à sautiller, comme si elle était poussée par un ressort mécanique.

Dans la deuxième situation que j'ai indiquée plus haut, les individus sont plus calmes. L'étranger qui visiterait l'asile serait loin de se douter que les malades qu'il voit tranquillement assis, occupés à quelque travail des mains,

ou à la lecture, sont intérieurement en proie à tous les tourments de la crainte et de la terreur. Mais il suffit de leur adresser la parole et de faire vibrer la corde sensible pour qu'immédiatement leurs sentiments intimes se fassent jour à travers leurs pleurs, leurs gémissements, et pour qu'ils répètent invariablement, dans les mêmes termes, qu'ils doivent subir, le jour même ou le lendemain, le supplice auquel ils se sont eux-mêmes condamnés.

Une malade qui est depuis longtemps sortie de Saint-Yon, qui a passé par tous les degrés de la panophobie et qui n'a cessé, malgré l'exacerbation de son état, d'être parfaitement lucide, en sa qualité d'aliénée au type héréditaire, dirige aujourd'hui avec une telle sagesse sa maison que personne ne se douterait de l'état de son esprit. Lorsque je la rencontre seule, elle ne fait pas faute de me dire que le lendemain elle doit être enterrée vivante. Lorsque cette dame est en compagnie, elle me fait des signes imperceptibles pour tous autres, pour les siens mêmes, mais que j'interprète facilement et qui m'indiquent qu'elle est toujours dans l'affreuse perplexité d'esprit où je l'ai connue autrefois.

Ces sortes de panophobes chroniques et pseudo-rémittents ont alors quelques analogies avec les névropathiques que j'ai décrits sous le nom *de délirants émotifs* (1), sans avoir néanmoins les tics ridicules de ces derniers, qui n'osent toucher des pièces de monnaie, ouvrir une porte, traverser une rue et pour lesquels vouloir et pouvoir sont choses impossibles. Mais il est vrai de dire que dans cette situation en apparence rémittente, un rien réveille leurs craintes et les fait trembler. Le timbre de la sonnette les met en fuite. Ils s'imaginent qu'on vient les saisir pour les conduire en prison ou les mener au supplice. C'est

(1) Du délire émotif. *Archives générales de médecine et de chirurgie.* Avril, mai et juin 1866.

avec anxiété qu'ils cherchent à lire dans les yeux des médecins, des gardiens et même des malades qui les entourent, la confirmation des sentiments intérieurs qui les dominent. C'est dans un sens favorable à leur délire qu'ils interpréteront les modulations de votre voix, vos gestes les plus naturels. Il est rare que les paroles consolantes que vous leur adressez les calment et les rassurent, est quand l'apaisement s'opère ce n'est pas là un signe de guérison ou d'amélioration. La moindre circonstance suffit pour rappeler leurs manifestations panophobiques. Nous avons, il est vrai, observé chez quelques-uns des crises merveilleuses, mais on peut dire de la plupart de ces panophobes chroniques et tranquilles en apparence, que ce sont des malheureux immobilisés à tout jamais dans leur triste situation, vivant plus solitaires encore que d'autres aliénés, craignant le séjour de l'asile, tout en redoutant de rentrer dans le monde extérieur, et se prêtant passivement à vivre avec résignation dans un milieu où ils n'éprouvent que crainte et terreur, angoisse et misère.

OBSERVATIONS.

Avant de donner des observations particulières, j'ai besoin de faire remarquer que l'état panophobique ne constitue pas une maladie nouvelle, et que les horreurs et les désastres de la guerre ne sont pas les générateurs uniques d'une pareille situation. J'ai depuis longtemps observé le délire panophobique, à la Salpêtrière d'abord, dans le service de M. Falret, et plus tard à l'asile de Maréville. Seulement je confondais ce délire avec des variétés de folie dont il importe de le séparer dans l'intérêt du diagnostic et du pronostic. Aujourd'hui qu'il m'est permis de rattacher avec plus d'exactitude mon expérience du passé à mon expérience du présent, je puis affirmer que les tristes événements des fatales années 1870-1871 ont développé dans

une proportion notable ce genre de délire qui me paraît devoir constituer une variété distincte dans le grand genre de la mélancolie des anciens et de la lypémanie d'Esquirol.

PREMIÈRE OBSERVATION (*Panophobie à forme continue. Gémissements et tics particuliers*).

Dans mes *Études cliniques*, j'ai donné l'observation d'un individu, âgé de 35 ans, et qui, dans l'asile, n'était connu que sous le nom de Jean-Baptiste M..... *le gémisseur*... Je l'ai fait dessiner dans sa position ordinaire, et l'artiste chargé de ce soin, a rendu avec un réalisme complet le type de ce malheureux aliéné. Il est dans la position assise, la tête légèrement inclinée sur l'épaule gauche. La figure est crispée, larmoyante, et les yeux fermés par un effort spasmodique qu'il est impossible de vaincre. Les paupières sont tuméfiées et la figure a une inexprimable expression de terreur et d'angoisse. De sa bouche entr'ouverte, d'où découle la salive, s'échappe un gémissement continu. Sa main gauche est occupée à tordre et à détordre un pan de sa blouse. Du talon de son pied droit il frappe le sol avec un rhythme qui correspond à ses gémissements.

Telle est la position que ce gémisseur avait adoptée trois ans avant mon entrée en fonctions et qu'il a conservée sans interruption six ans après. Je conserve son souvenir comme si ce malheureux gémisseur était encore devant mes yeux. Au son de la cloche du soir qui annonce le coucher, il se levait sans abandonner le coin tordu de son vêtement et sans cesser de gémir. Il courait plutôt qu'il ne marchait ou il sautillait sur une jambe. Il ne se déshabillait pas, il arrachait ses vêtements, et se précipitait dans son lit en gémissant. Du mouvement de sa jambe il soulevait les couvertures jusqu'à ce que le sommeil se fût emparé de lui. Au son de la cloche matinale, Jean-Baptiste était le premier levé et se précipitait en courant vers la place favorite qu'il avait choisie sous un hangar qui avoisinait le quartier des travailleurs. Là il pouvait s'asseoir sur un banc sans incommoder de ses gémissements les autres malades.

Quand on demandait à cet aliéné la cause de ses gémissements continus, et de ses tics invariables, il répondait : *C'est pour maintenir mon allure.* Cette phrase qui, dans le principe,

n'avait pour nous aucune signification, est devenue ultérieurement claire et intelligible. Elle était l'expression des sentiments de terreur qui dominaient ce malade. Jean-Baptiste était un garçon un peu simple d'esprit, excellent ouvrier de sa profession de charron, honnête et bon dans toute l'acception de ces mots, mais il était en même temps un hypocondriaque renforcé. Les habitants de son village s'étaient fait un jeu d'entretenir les craintes qu'il avait de mourir, et ce laborieux ouvrier prit bientôt du chagrin, abandonna son ouvrage et se mit à rechercher les lieux solitaires.

Lorsqu'on l'amena à l'asile, on l'avait trouvé dans les bois où il se serait laissé mourir de faim. *Maintenir son allure*, signifiait que par ses gémissements et ses tics il lutterait contre la destinée fatale qui lui avait été prédite. Il vécut jusqu'à la fin de sa misérable existence dans cette idée fixe qui entretenait ses terreurs et provoquait ses gémissements et ses tics. Nous n'avons observé chez lui des hallucinations d'aucune sorte et son délire n'a subi ni généralisation, ni transformation. Mais un jour nous l'avons trouvé sur son banc, à la place accoutumée. Il était pâle et ne gémissait plus que faiblement. Son talon, qu'avait envahi la gangrène, ne frappait plus le sol avec son rhythme ordinaire. Nous fîmes transporter le malade à l'infirmerie, où il succomba quelques jours après à la suite d'une infiltration générale. L'autopsie révéla une hypertrophie du cœur. Jusqu'à la fin de son existence Jean-Baptiste ne cessa de gémir. Il suppliait l'aumônier, les sœurs, les médecins de l'aider à *maintenir son allure*. Jamais dans cette invariable existence de panophobe gémisseur, J.-B. ne se plaignit de personne. Les malades impatientés de ses gémissements le maltraitaient parfois. Il supportait tout et ne réagissait violemment contre qui que ce soit.

J'ai donné avec quelques détails l'observation de ce malade qui inaugura pour moi la série des panophobes gémisseurs que j'ai observés depuis en nombre bien plus considérable, ainsi que je l'ai dit, chez les femmes que chez les hommes. Toutefois l'histoire de ce malheureux serait incomplète si je ne faisais pas mention de tout ce que nous tentâmes pour sa guérison. Les efforts des internes et les miens étaient d'autant plus grands que dans notre inexpé-

rience nous pensions avoir affaire à un cas exceptionnel qui ne résisterait pas aux moyens réunis du traitement physique et moral. Nous fîmes venir ses parents; nous le fîmes participer à nos réunions musicales; nous essayâmes l'influence du sentiment religieux en le faisant aller le dimanche à la chapelle. Tous ces moyens échouèrent. Dans le principe les gémissements étaient plus modérés en public, mais ils se produisirent bientôt avec la même intensité. On eut recours à l'application douloureuse de l'électricité, mais il y paraissait insensible et nous remerciait au contraire de faire tout ce qu'il fallait pour *maintenir son allure*. Les enveloppements du drap mouillé, l'éthérisation employée à doses presque continues amenaient le sommeil de la prostration, mais au réveil le malade reprenait son gémissement interrompu. Les infirmiers nous proposèrent un jour de l'emmener au travail des champs avec les autres aliénés. C'était chose curieuse et pénible à la fois de voir ce malheureux courir tout en gémissant et précéder ses camarades. Il s'arrêtait de temps à autre pour frapper la terre de son talon. Arrivé sur le lieu du travail, il bêchait avec ardeur la terre de sa main droite, l'autre étant occupée à tordre sa blouse. Le retour s'opérait dans les mêmes conditions que le départ. J.-B... courait se précipiter, les yeux fermés, vers sa place habituelle et répétait les mêmes gémissements et les mêmes actes pour maintenir son allure.

2e OBSERVATION. *Jeune fille de vingt ans. Panophobie durant depuis cinq ans avec mugissements et dépravation des instincts. Analogies avec le délire des anciennes possédées. Amélioration obtenue au moyen du traitement moral. La malade finit par succomber à une affection tuberculeuse des poumons.*

A mon arrivée à Saint-Yon, en 1856, les quartiers inaugurés en 1839 par Esquirol et M. Delporte se trouvaient dans leur état primitif. Une cour, fermée par une énorme grille en fer qui avait vue sur le jardin, contenait sur les deux côtés une série de cellules auxquelles on arrivait par un sombre corri-

ridor (1). Les médecins de ma génération ont pu voir une organisation de ce genre à la Salpétrière et à Bicêtre. C'était sans doute une amélioration sur ce qui existait autrefois. Mais ce triste état de choses était loin de représenter le dernier mot de la science dans ses rapports avec le traitement moral des aliénés.

C'est d'une de ces cellules, dont la petite fenêtre grillée avait vue sur la galerie qui entourait la cour, que j'entendis sortir un jour de véritables mugissements. Je fis ouvrir ce réduit où ne pénétraient ni air ni lumière. Je fus suffoqué par une odeur méphitique et j'eus peine à reconnaître, au milieu d'un monceau de paille à moitié pourrie, un être humain aux cheveux en désordre, au teint pâle et presque livide; ses membres décharnés, son corps souillé d'ordures, et sa nudité complète ne rappelaient que trop l'ancienne condition de beaucoup d'aliénés dans les réduits infects où ils étaient relégués (2). *Laissez-moi*, disait d'une voix rauque ce spectre vivant. *Vous me faites peur... Je veux retourner en prison... Je ne veux plus être avec les voilées...* (C'est ainsi qu'elle a toujours désigné les Sœurs.)

J'appris que la fille Martin, c'est ainsi que l'on désignait

(1) Je fus assez heureux d'obtenir de l'administration préfectorale la destruction de ces cellules. A la place qu'elles occupaient nous pouvons montrer aujourd'hui des dortoirs, sinon élégants, mais réalisant un bien-être dont on ne supposait pas ces malades généralement agitées ou furieuses capables de profiter.

(2). J'ai souvent entendu raconter à M. Ferrus, qu'arrivant un jour pour inspecter l'asile de..., il entendit de sourds mugissements sortir d'un réduit presque inabordable. Un malade âgé de 35 ans y était renfermé depuis dix ans, et ses aliments lui étaient donnés à travers un orifice pratiqué à la partie supérieure de son cachot. On dut déblayer le terrain pour permettre à M. l'inspecteur d'approcher, et d'être mis en présence d'un homme qui était plutôt un squelette qu'un être vivant. Ce malheureux se blottit dans un coin, ne répondant que par des mugissements aux avances qui lui étaient faites. Inutile d'ajouter que M. Ferrus fit sortir ce panophobe de son cachot, et il eut la consolation de le voir, à sa suivante inspection, occupé dans les ateliers des ouvriers cordonniers.

Cette aliénée, avait été amenée de la prison départementale où elle avait été renfermée pour cause de vagabondage. Dès le premier jour de son entrée, il y a de cela cinq ans, elle avait donné les signes d'une frayeur qui ne lui avait laissé depuis ce temps ni trêve, ni repos, et qui se traduisait par tous les caractères particuliers aux panophobes. Elle fuyait les autres malades, se tenait accroupie sous les galeries, les vêtements relevés sur la tête. Elle poussait de sourds mugissements interrompus par sa phrase habituelle : *Quittez-me (laissez-moi) bourreaux, vous me faites peur... J'appartiens au démon.*

Mon premier soin fut de faire placer cette malheureuse dans une petite infirmerie destinée aux malades agitées. La première objection qui me fut faite, c'était qu'elle déchirait ses draps de lit, ses vêtements. Elle lacérait à belles dents sa camisole de force, et c'est pour ces motifs qu'on avait cru devoir la laisser nue dans sa cellule! Je tentai néanmoins un effort suprême. Les draps de lit qu'elle déchirait avec ses dents étaient remplacés par d'autres, et la douche qu'elle craignait par-dessus tout lui était un avertissement salutaire de ne pas recommencer. Au bout de quelque temps je ne fus pas peu étonné de voir que cette panophobe gémisseuse, qui avait tous les caractères de la démonopathie, s'humanisait progressivement. Un dimanche, elle demanda d'assister à l'office où elle promit d'être convenable et de ne pas mugir. Elle tint sa parole. Ainsi en fut-il dans les réunions musicales données à l'intention des malades et pour lesquelles la fille Martin avait un attrait particulier. Ces jours-là elle se laissait faire sa toilette, et il me suffisait de la fixer sévèrement lorsque je lui soupçonnais quelque intention de se déshabiller, de déchirer ses vêtements ou de mugir.

Le traitement dirigé contre cette affection fut exclusivement moral. Obligée, dans le principe, à raccommoder le linge qu'elle avait lacéré, Martin devint une des meilleures couturières de l'asile, la crainte d'être privée des réunions et surtout de la promenade à l'extérieur suffisait pour qu'elle se maintînt parfaitement calme et convenable. Cette fille, après sa sortie de cellule, resta pendant 8 à 9 ans dans une situation qui, si nous ne pouvions pas la regarder comme une guérison complète, présentait au

moins une amélioration très-grande. Une phthisie galopante l'enleva en quelques semaines. Elle était âgée de 28 ans à peine. Le seul tic qu'elle avait conservé était de marcher presque courbée. A la visite elle quittait son travail pour venir, presque en rampant, se placer à nos côtés et dire : *Vous savez, je ne suis pas folle. Je n'ai plus peur, je ne crie plus... Je suis méchante. Le démon me pousse... Il faut que je pleure. Ne me faites pas de mal.*

Tout ce que j'ai pu savoir sur les causes de cette étrange affection, c'est que, dès l'enfance, les bizarreries de la fille Martin ainsi que la vivacité de son intelligence faisaient contraste avec la nature simple et placide de ses frères et sœurs qui étaient de braves habitants de la campagne. *Il n'y a que le démon,* me disait sa mère, *qui ait pu rendre ma fille ce qu'elle est.* L'institutrice du village m'a affirmé que Martin, en dehors de son indocilité native et de quelques bizarreries de caractère, avait toujours montré des dispositions intellectuelles remarquables. Elle tombait, étant à l'école, dans des crises qui, d'après la description qui m'en a été faite, me paraissent avoir été des crises hystériques. Enfin lorsque nous interrogions directement Martin, elle n'avait à alléguer que des causes futiles, vagues, indéterminées, telles que les panophobes en produisent lorsqu'ils sont en état de répondre à vos questions. « D'abord, » dit-elle, j'ai toujours été méchante... Mais le jour de ma » première communion, la médaille de la sainte Vierge » que je portais au cou tomba par terre... Alors j'ai dit : » c'est bien fait, et j'ai marché dessus... Aussitôt le démon » s'empara de moi, et j'ai eu bien peur. C'est lui qui me » force à crier, à gémir et à déchirer. » Martin avait été trouvée errante dans la campagne et avait été condamnée à la prison. Ce n'est que lorsque ses gémissements commencèrent à troubler le repos des prisonniers qu'on l'envoya à Saint-Yon.

3e Observation. *Femme de 45 ans. Délire panophobique des plus intenses ayant duré sans rémission pendant 10 ans. Guérison.*

Le 10 octobre 1860, on amena à l'asile une femme dont l'agitation était très-grande. Elle criait, vociférait au milieu de plusieurs individus qui la maintenaient sur une charrette, sans préjudice des entraves qui liaient ses pieds et ses mains et qui avaient cruellement lacéré les chairs. On ne put la laisser à l'infirmerie, tant son délire était intense et bruyant, et il fallut bien se résoudre à placer cette malade dans une des cellules que nous avions conservées en prévision de certains cas d'agitation ou de fureur exceptionnelles.

A la visite du matin, nous trouvons la cellule de la femme A... dans un désordre extrême. Le lit est bouleversé, les draps déchirés, et la malade blottie dans un coin nous accable d'injures. C'est une femme d'une stature colossale; elle a les traits masculins, et la figure a une expression étrange de dureté. Cependant, malgré ses menaces, elle ne cherche pas à réagir par la violence contre les Sœurs qui essayent de réparer le désordre de sa toilette. Elle est au contraire comme frappée de terreur et répète incessamment ces mots : *Ne me faites pas de mal, ne me tuez pas; ce n'est pas moi qui suis cause de la mort de mon mari*. La phrase émise, elle pousse une espèce de mugissement impossible à décrire. C'est un de ces cris étouffés finissant par une note finale qui est comme une répercussion d'échos lugubres.

Les commémoratifs m'apprirent que cette femme, d'une humeur acariâtre, jalouse, n'avait pas peu contribué à faire le malheur de son mari et à hâter sa mort. Je lui en fis imprudemment un jour le reproche indirect, et cela me valut d'être poursuivi pendant des années par cette phrase stéréotypée, que la malade me répétait invariablement sur le même ton : *Ce n'est pas moi qui ai tué mon mari; c'est vous qui êtes des assassins.* Puis suivait son mugissement ordinaire. La femme A... avait choisi son domicile de jour sous une des galeries qui entourent les quartiers. Elle était là accroupie, roulant dans ses doigts une espèce de grand chapelet qu'elle composait avec n'importe quels matériaux elle trouvait, et poussait des gémissements tellement incessants qu'elle était devenue insupportable aux autres malades. Il fallait, au bout de quelque temps, la changer d'emploi. Pendant la nuit, elle était assez tranquille.

Elle se tenait ordinairement accroupie dans un coin, et ce ne fut que lorsque commença pour elle une période de rémission que cette panophobe consentit à entrer dans son lit.

L'inauguration de la convalescence eut de quoi nous étonner. Nous avions épuisé tous nos moyens d'action, et nous regardions cette femme comme incurable. Elle nous aborda un jour sans gémir, avec une expression de figure moins dure, et nous dit : *Vous savez... Il ne faut pas toujours me traiter comme une folle... Je ne suis point folle... Voyez plutôt à soigner mes jambes qui sont gonflées.* Nous remarquons en effet qu'il existe un œdème assez considérable des extrémités inférieures, et nous ne pensons pas nous tromper en considérant ce phénomène comme indiquant une crise de bonne nature. La cessation de l'éréthisme nerveux nous annonce en effet que la malade va entrer dans une période de convalescence... Elle est plus impressionnable aux agents du monde extérieur... Elle se plaint du froid. Sa figure a perdu son expression grimaçante. La malade ne gémit plus, et ne mange plus avec la même voracité. Elle commence à s'associer aux travaux des autres pensionnaires et devient plus sociable. Elle demande des nouvelles de ses parents et se remet en communication avec eux en leur écrivant et en les priant de venir la voir. Mais ce qui lui reste de son ancien état, c'est une grande irritabilité. Nous réunissons tous nos efforts pour l'adoucir et la calmer. Nous allons au-devant de ses désirs et de ses besoins. Nous lui proposons de retourner dans l'emploi des pensionnaires de 3e classe auquel elle a droit. Mais elle préfère rester dans le quartier des agitées, où elle a commencé à éprouver les premiers symptômes d'une amélioration qui a finalement abouti à la guérison (1).

L'état d'irritabilité toujours prêt à se faire jour à la moindre occasion a duré six mois et a diminué progressivement. Les

(1) J'ai souvent réclamé avec d'autres médecins aliénistes un quartier spécial pour les malades convalescentes. Mais l'expérience m'a appris qu'il est bien des aliénées qui préfèrent rester dans le quartier où s'est opérée la crise qui a déterminé leur convalescence. La guérison s'y affirme par les soins qu'elles donnent aux autres malades, et je n'ai jamais vu de guérisons plus solides que celles qui se sont opérées dans ces conditions. Cependant il ne faut rien exagérer, toute règle ayant ses exceptions.

parents de cette malade vinrent la voir sur ces entrefaites. Elle les reçut très-convenablement, et leur présence ne provoqua plus chez elle les explosions de colère qui les avaient fait renoncer à leurs visites.

Avant de signer la sortie de madame A., nous avions un intérêt scientifique facile à comprendre dans l'examen rétrospectif des causes qui avaient engendré une pareille affection. Nous étions désireux aussi de connaître les impressions qu'avait dû éprouver cette malade qui, dans son *solitarisme* de 10 ans, avait pour ainsi dire vécu en dehors du monde extérieur, et n'avait cessé de gémir. Je donne ici le résumé de son interrogatoire.

D. Qu'est-ce qui a causé votre maladie?

R. J'avais des querelles fréquentes avec mon mari.

C'était un brave homme pourtant; mais il se livrait à la boisson... et moi j'étais bien *colèreuse*. Un jour que je l'avais bien disputé, je sortis... j'étais hors de moi. En revenant, je trouvai mon malheureux homme qui avait une attaque d'apoplexie et qui mourut quelques jours après...

D. Que devîntes-vous après cela?

R. Je restai quelque temps anéantie, comme morte. J'entendais dire autour de moi que c'étaient les scènes que je faisais à mon mari qui l'avaient tué .. Je voulais pleurer, je ne pouvais pas — je me mis à avoir peur de tous... je croyais qu'on allait venir me prendre pour me faire du mal... je sortis un jour comme une folle... je me mis à courir à travers champs... j'entrai dans des maisons que je ne connaissais pas... on voulut m'arrêter — je me sauvai dans les bois. — On me trouva couchée dans un fossé.

D. Que devîntes-vous ensuite?

R. Je me mis à crier et à geindre. — Nos gens me faisaient tellement peur que je criais très-fort; je ne voulus plus sortir de chez nous... c'est alors qu'ils me lièrent des quatre membres pour m'amener ici. Je ne voulais cependant pas faire de mal.

D. Avez-vous reconnu en arrivant que vous étiez dans une maison d'aliénés?

R. Je n'ai pas tardé à voir où j'étais... Cependant je me disais : Pourquoi me mettent-ils ici, puisque je ne suis pas folle.., et que j'ai tout mon jugement (1).

(1) Ces panophobes ont cela de commun avec d'autres

D. Mais puisque vous n'étiez pas folle pourquoi passiez-vous votre temps à crier, à nous injurier?

R. Je ne sais pas trop, mais j'étais environnée de mauvaises figures. Je croyais que l'on voulait m'enterrer vivante... D'ailleurs vous m'aviez fait de la peine en me disant que c'était moi qui avais tué mon mari.

D. Souffriez-vous beaucoup?

R. On peut le croire... mais ce n'était ni de la faim, ni de la soif, ni du froid, ni du chaud que je souffrais. Ce n'était pas une souffrance de corps, c'était une peine intérieure; on m'aurait coupée en morceaux que mon pauvre corps n'aurait rien senti... quand vous me torturiez avec votre infernale machine, je me disais : tant mieux, bourreaux, tuez-moi... Ce n'est que dans ces derniers temps que je sentais que cela me brûlait. (Elle voulait faire allusion à la machine électrique que nous employons quelquefois comme agent d'intimidation dans les cas extrêmes où les malades ne veulent pas manger.)

D. Aviez-vous des hallucinations? (Elle ne sait ce que nous voulons dire.) Nous reprenons : Aviez-vous des visions? Voyiez-vous des fantômes, des apparitions effrayantes? Entendiez-vous des voix qui vous menaçaient?

R. Je ne voyais rien, je n'entendais rien. La nuit, je croyais toujours qu'il y avait par devers moi un grand trou dans lequel j'allais tomber... J'entendais parfois des cris; mais je me disais : ce sont les folles; elles sont encore pires que moi.

D. Savez-vous combien de temps vous êtes restée à Saint-Yon?

R. Je ne saurais dire. (Mais quand on lui rappelle qu'elle est entrée en 1860 et que nous sommes en 1871, elle se récrie vivement et dit que ce n'est pas possible.)

D. Vous ne trouviez donc pas le temps long?

R. Le temps! c'était pour moi comme une grosse horloge qui sonnait toujours la même heure.

D. Quand vous êtes-vous sentie mieux?

aliénés qu'ils se roidissent toujours contre cette idée d'être fous. Combien de fois n'ai-je pas entendu des malades qui, au milieu de leurs plus grandes exacerbations de craintes, interrompaient leurs gémissements pour dire : *Ah je ne suis pas folle!... Dire que j'ai tout mon jugement, toute ma raison... et faire ce que je fais...* Puis ils reprenaient de plus belle leurs gémissements...

R. Quand on a été meilleur pour moi.

D. Mais ce n'est pas là une réponse; on n'a jamais été méchant pour vous.

R. Oh bien, je vous dirai aussi que j'ai commencé il y a six mois, à penser à mes parents, — j'avais des envies de pleurer, mais les larmes ne venaient pas... Et puis je me suis aperçue que les jambes me gonflaient.. J'avais froid la nuit dans mon *cachot*... (C'est bien en effet le mot qui convient aux anciennes cellules)... Je me suis dit : mais ce n'est pas là une existence. Il faut que je retourne à la maison.. Si je vous ai fait de la peine, je vous en demande bien pardon.

J'ai rapporté avec quelques détails cette observation à propos de laquelle je n'ai plus de remarques nouvelles à faire. Je me contenterai seulement d'appeler l'attention sur la persistance de la vie au milieu de circonstances pareilles. Dix ans passés dans des terreurs et des gémissements continuels, sans rémission, sans intermittence, et cela sans que la santé générale ait été visiblement altérée, n'est-ce pas là un problème physiologique difficile à résoudre (1) ?

J'ajouterai même que la femme A... n'a pas visiblement vieilli. Ses parents eux-mêmes constatent que ces dix ans écoulés n'ont pas laissé de traces sensibles sur sa physionomie, et qu'elle a toujours la même force de volonté, le même jugement sain qu'autrefois. Mais il est une chose qui ne change pas chez les aliénés qui guérissent, c'est la permanence du caractère et du tempérament antérieurs des individus. Mme A... conservera toujours ce caractère irritable et dominateur qu'elle a eu pendant toute sa vie.

Je pourrais citer d'autres observations de cas extrêmes de panophobie, mais elles se ressemblent toutes d'une manière

(1) N'y aurait-il pas un beau sujet de recherches dans l'élucidation de cette question : *De la tolérance pour les souffrances, les privations et la douleur dans les cas d'exacerbations du système nerveux?*

frappante. Les différences que l'on peut remarquer dans les actes, les paroles, les gestes et tendances de ces aliénés, dans la durée plus ou moins longue de leurs accès, dans les terminaisons favorables, ou dans l'invasion précoce de la démence, dépendent des prédispositions maladives qui dominent la situation. L'hérédité morbide, l'hystérie, l'hypocondrie et, à plus forte raison, l'épilepsie préexistantes, ne perdent pas leur droit d'intervention dans la manifestation des phénomènes particuliers que peut présenter tel ou tel cas de panophobie. Je vais résumer les nombreuses observations que je pourrais fournir à ce sujet dans les courtes remarques qui suivent. Le lecteur déduira lui-même les conséquences naturelles qui en découlent au point de vue du diagnostic et parfois aussi de la médecine légale.

A.) *Cas de panophobie compliqué de suicide et de tendances homicides.*

M. X., jeune homme de 30 ans, riche propriétaire du Calvados, s'était enfui à Jersey pendant l'invasion des Prussiens. Il se crut déshonoré par cet acte. Il se dit en outre ruiné et ses tendances au suicide prirent un tel caractère d'intensité qu'on dut lui imposer un entourage spécial dans le château de... Mais ce n'était pas l'affaire de ce panophobe de se suicider pour son propre compte. Il proposa à sa sœur, qui le soignait avec un dévouement sans pareil, un suicide en commun et, sur son refus, il fit des menaces fratricides qu'il aurait peut-être accomplies sans la surveillance incessante dont il était l'objet. Dans une crise violente il fut mené au Bon-Sauveur, à Caen, où il ne resta que 15 jours et adopta pendant ce temps la pose cadavérique des panophobes qui se croient morts. Quand je fus appelé pour ce malade, il était dans une période de rémittence trompeuse. Malgré sa lucidité à propos des choses ordinaires de la vie, malgré ses appréciations pleines de justesse sur les hommes et sur les événements de l'époque, il se croyait ruiné, déshonoré et condamné à un supplice infamant. Dans la consultation qui eut lieu, je soulevai la question de l'hérédité. On finit par nous avouer que l'aïeule maternelle du malade s'était suicidée et que sa mère avait fini ses jours en se précipitant dans le puits du château qu'habitait le fils. Malgré

les conclusions de notre rapport qui tendaient, sinon à isoler de nouveau le malade, du moins à le faire voyager avec un personnel médical, la sœur de M. X... n'y voulut pas consentir et préféra s'exposer à la chance d'être tuée par son frère. Cette crainte était-elle bien fondée? Il est permis d'en douter.

Je ne saurais expliquer l'acte de contrefaire les morts, que l'on observe chez quelques panophobes, que par l'instinct suprême de la conservation qui persiste même chez les individus aux tendances suicides prononcées. Ils s'imaginent sans doute, en simulant la mort, qu'ils seront préservés du supplice qui les attend.

(B.) *Panophobie avec suicide et tendances homicides chez une dame de 48 ans. Hérédité.*

Mme B.... était la huitième enfant d'une nombreuse famille. Le père était un type de délirant par persécutions. On observa chez ses dix enfants toutes les variétés de l'aliénation et des maladies nerveuses : hypochondrie, délire émotif, manie avec terminaison par la démence, idiotie, imbécillité, dégénérescences spéciales et arrêts de développement dans la descendance, facultés instinctives extraordinaires chez d'autres enfants provenant de cette même dynastie pathologique. Mme B.... jusqu'à l'âge de 48 ans sembla préservée de tout accident. C'était une femme charmante, d'un jugement parfait et d'une piété des plus éclairées. Elle fut douloureusement impressionnée par la mort de son fils, excellent sujet, enlevé par une apoplexie foudroyante. Il lui restait un fils idiot et un autre que l'on pouvait classer parmi les émotifs. Elle s'imagina à cette époque qu'elle n'avait pas élevé assez chrétiennement ses enfants, ce qui n'était pas. Elle passa cinq ans à Saint-Yon dans des terreurs continuelles. Chaque coup de sonnette était l'annonce de son supplice et la portait à se cacher. Impossible du reste d'être plus lucide que cette malheureuse dame sur toutes les choses qui ne tenaient pas à ses craintes. Un jour son mari l'avait menée avec lui faire une promenade à Bon-Secours, près Rouen. Elle l'attira peu à peu vers la falaise, et passant d'un calme relatif à une exaltation soudaine, elle lui dit : *Puisque tu ne veux pas te tuer avec*

moi, je vais te jeter en bas de la falaise et je me précipiterai après.

Ce n'est que grâce à l'intervention de quelques passants que le mari put se dégager de cette position périlleuse. Plus tard, il ramena, contre mon avis, sa femme à Paris, où ses craintes et terreurs ne diminuèrent pas et où elle finit par accomplir son funeste dessein de suicide. Dans les actes les plus insensés des aliénés, on trouve une logique désespérante. Cette dame préférait la mort volontaire à l'infamie que son supplice aurait fait rejaillir sur sa famille.

(C.) *Cas de panophobie gémissante. Hérédité. Délire du même genre chez les ascendants et les collatéraux.*

J'ai voyagé pendant deux ans avec une malade, et cela dans des circonstances qui rendaient le voyage bien pénible, et souvent bien embarrassant. Cette dame, qui a fini cependant par guérir, ne voulait marcher que courbée en deux. Elle mugissait en promenade, dans les musées que nous visitions, au théâtre où on la conduisait pour la distraire! Le matin on la trouvait la tête penchée hors du lit, les cheveux pendants, et proférant de sourds gémissements. La laissait-on un moment seule, on la trouvait blottie dans un coin et faisant d'effroyables grimaces, et elle avait pris le tic de marcher en se traînant, tout en mugissant, sur ses mains et sur ses genoux. La grand'mère est morte aliénée; la mère de la malade se tenait constamment à la fenêtre, cherchant à distinguer le bourreau qui devait la jeter dans une chaudière d'huile bouillante. Son oncle, le plus inoffensif et le plus lucide des hommes, en dehors de ses préoccupations délirantes, devait périr par le supplice de la croix. Un autre parent rapproché devait mourir par l'introduction de plomb fondu dans sa cervelle. Notre malade devait être brûlée dans un auto-da-fé à Rome, et le seul reproche qu'elle nous ait jamais adressé était de la conduire comme une bête curieuse à travers l'Europe.

(D.) *Panophobes refusant de sortir de l'asile.*

Une malheureuse femme nous poursuit tous les jours à la visite en nous priant de ne pas la faire sortir. Quand le procureur ou quelque autre officier ministériel visitent l'asile, elle se cache dans les coins les plus retirés.

J'ai été obligé de signaler plusieurs de ces cas à l'autorité afin de ne pas être accusé de détention arbitraire.

Une pensionnaire de notre asile, une dame de 52 ans, nous offre l'exemple le plus complet que l'on puisse voir de cette panophobie avec refus de sortir. Depuis six ans et plus, elle est dans une situation qui ne s'est pas modifiée pendant un seul instant. Sous la galerie où elle a fait élection de séjour, on l'entend répéter sur un ton invariable : *Mon Dieu donc... mon Dieu donc... Ce n'est pas moi... non ce n'est pas moi...* A l'accomplissement des actes les plus ordinaires de la vie, elle oppose une résistance inouïe. Veut-on la coucher, la lever, la faire manger, la mettre au bain, arranger sa chevelure hérissée et en désordre, elle pousse des cris tellement effrayants que les habitants du voisinage de l'asile s'en sont plus d'une fois émus. Un jour sa famille nous annonça l'intention de retirer la malade. Mais lorsqu'on vint pour la chercher, elle poussa des cris si effrayants, et elle déploya une telle résistance que force fut bien de la laisser. Étrange et bien triste situation de ces sortes de malades qui vivent dans des terrours continuelles à l'asile et qui tremblent à l'idée de retourner dans le monde extérieur où ils ne trouveront que le déshonneur, la honte et la mort imméritée. Quel peut être le pronostic de l'affection de Mme E... ? Je n'ose émettre un avis trop absolu. Le cas inespéré de guérison de Mme A..., l'amélioration relativement très-grande de plusieurs autres, m'ont porté à être réservé dans l'énoncé du pronostic pour ces sortes de panophobes gémisseurs.

De l'influence des événements de guerre sur la manifestation de la panophobie gémissante.

Avant de donner quelques observations particulières, il n'est pas inutile de décrire en peu de mots quelle était, dans la Seine-Inférieure, la situation des esprits au moment de l'invasion des Prussiens. En procédant de cette façon on appréciera mieux l'action des plus puissantes causes morales qui existent (la crainte, la terreur) sur la manifestation de la folie en général, et sur celle de la panophobie gémissante en particulier.

C'est le 5 décembre, jour de funeste mémoire, que la capitale de la Normandie fut occupée par 50 mille hommes

de troupes ennemies. La résistance était impossible et les quelques troupes régulières, mobiles ou mobilisées, campées dans les environs, furent obligées, après plusieurs combats malheureux, de se replier sur le Havre. Les envahisseurs étaient précédés par une réputation détestable, et elle n'était pas complétement imméritée. On savait que la moindre tentative de résistance était suivie de cruelles représailles, et le voisinage des francs-tireurs suffisait pour appeler sur les populations inoffensives toutes les calamités de la guerre. Les fermes isolées, les villages dans les environs desquels partait un coup de fusil étaient immédiatement mis à feu et à sang. L'incendie de la jolie petite ville d'Étrépagny (Eure), où les Prussiens firent l'application en grand de l'emploi scientifique du pétrole, jeta la terreur dans les esprits.

Tous ces faits n'étaient pas de nature à rassurer les populations, et les conditions topographiques du pays contribuaient encore à augmenter les craintes. Dans la Seine-Inférieure, et particulièrement dans le pays de Caux, les habitations, entourées de grands arbres pour les préserver des vents de mer, sont assez généralement séparées les unes des autres. D'une ferme à l'autre il était parfois difficile de savoir ce qui se passait, et cet isolement n'empêchait pas la circulation des bruits les plus alarmants. D'un autre côté, beaucoup de chefs de famille et les jeunes gens valides avaient été mobilisés, et il ne restait souvent dans les maisons que les femmes, les vieillards et les enfants. Enfin la connaissance exacte qu'avaient les Prussiens des moindres sentiers et défilés du pays devait réserver bien des surprises aux habitants. On les croyait bien loin lorsqu'ils apparaissaient soudain aux yeux des habitants consternés. Toutefois il est juste d'ajouter, qu'en dehors des réquisitions forcées, du vol plus ou moins organisé, ainsi que des menaces grossières et sans motif, les ennemis ne se livrèrent, vis-à-vis des femmes, à aucun des actes de vio-

lence qui faisaient redouter leur apparition au sein des familles. Mais on sait aussi avec quelle puissance les réquisitions, le pillage, la perspective de la ruine agissent sur le moral des gens de la campagne qui se constituent avec tant de peine un petit bien-être.

Rentrons maintenant dans l'observation proprement dite des faits pathologiques. Il est à remarquer que les cas de folie panophobique produits par les événements de guerre, ont généralement éclaté avant l'envahissement du pays, comme si la craiute et la terreur étaient des sentiments plus actifs dans l'éloignement qu'en présence du danger. Esquirol, ce grand observateur, n'a pas laissé dans l'ombre l'activité démoralisatrice des causes que je signale. Dans son chapitre de la lypémanie, voici comment il s'exprime : « La guerre » d'Espagne, la conscription, nos conquêtes, nos revers, » produisirent aussi leurs maladies mentales... Combien » d'individus frappés de terreur, lors des deux invasions, » sont restés monomaniaques... » Mais Esquirol va plus loin encore et il émet une grande vérité étiologique et pathogénique quand il dit que les terreurs éprouvées par les femmes enceintes, en 93, ont agi de telle sorte sur leur constitution que les produits de la conception s'en sont ressentis et que, plus d'un quart de siècle après, les enfants conçus et nés dans ces circonstances terrifiantes ont donné des signes d'aliénation.

Les observations et résumés d'observations que je vais soumettre aux appréciations de mes confrères démontreront, comme je l'ai déjà dit, que la panophobie n'est pas une maladie nouvelle. Seulement il sera évident pour tous que les événements de guerre de ces terribles années (1870-1871) ont augmenté dans une proportion insolite les victimes des impressions terrifiantes. Le caractère de ces maladies, le genre du délire, leur terminaison plus ou moins fatale en font une variété à part, variété qui, lorsqu'elle sera mieux étudiée et observée, ne formera pas un des

chapitres les moins intéressants de la clinique des affections mentales.

(A. A.) Deux observations comparées. *Panophobie gémissante chez deux femmes de même âge et qui a été déterminée par l'action des mêmes causes.*

Les deux malades qui font le sujet de ces observations réunies ont des points de contact tellement frappants, quant à ce qui regarde la marche de leur folie aussi bien que la nature de leur délire et le caractère spécial de leurs agissements maladifs, que j'ai cru devoir réunir ces observations sous une seule et même rubrique. On pourra ainsi mieux juger de la fatale influence de certaines causes sur la similitude des mêmes effets pathologiques. Je désignerai ces deux malades sous les noms de Mme Justine et de Mme Louise, afin de ne pas les confondre dans l'exposé des faits qui les concernent particulièrement.

Toutes les deux sont âgées de 48 à 50 ans, et ont depuis assez longtemps passé l'âge de retour. Leur constitution, ébranlée par les chagrins de même nature qu'elles ont éprouvés avant les événements de la guerre, paraît avoir été excellente. Les terreurs qu'elles ont ressenties avant l'arrivée des Prussiens et celles qu'elles ont subies à leur arrivée, ont déterminé un accès de folie panophobique avec tous les caractères propres à ces aliénés gémisseurs.

Ces deux dames sont veuves, et la perte de leurs maris a été précédée ou suivie de celle de personnes qui leur étaient chères. Au moment où mourut le mari de Mme Justine, qu'elle soigna avec un grand dévouement, elle apprit que son fils aîné avait été tué sous les murs de Paris.

Mme Louise est également veuve et a fait, avant et depuis la mort de son mari, des pertes cruelles dans le cercle de sa famille. Le frère de la malade ne peut mieux se louer du dévouement de sa sœur qu'en disant que, depuis six années, elle a fait vis-à-vis des siens l'office de garde-malade, et que l'on comprend difficilement comment elle a pu résister à tant de fatigues et d'émotions.

On nous a parlé du caractère émotif et impressionnable de ces deux dames, et les parents ajoutent *discrètement* que de part et d'autre il y a eu dans leurs familles respectives des

personnes *sinon aliénées* au moins *très-nerveuses*. On remarquera donc comment, des deux côtés, le terrain était préparé, et l'on ne sera pas étonné de voir qu'une cause aussi puissante que celle de la terreur inspirée par l'invasion prussienne ait pu faire éclater le délire panophobique avec ses caractères les mieux accentués.

Ces deux dames, dont l'une habite Rouen et l'autre une petite ville du voisinage, se sont crues ruinées, perdues, destinées à périr de faim et de misère. Mme Louise se réfugia chez ses parents à Rouen. Mme Justine ayant vu sur sa porte les indications à la craie qui fixaient, d'après la méthode prussienne, le nombre des soldats à loger, s'imagina que c'étaient là les signes de l'ange exterminateur et ne voulut plus sortir de sa chambre. Elle était cependant obligée de recevoir à sa table les officiers qu'elle logeait, mais à leur départ définitif de Rouen elle entra dans la période aiguë de sa maladie et refusa obstinément de manger, répétant du matin au soir : *Perdue, mon Dieu! perdue, ruinée, condamnée!..*

Je fus consulté dans la même semaine pour ces deux malades. Les parents avaient épuisé tous leurs moyens d'action. Je leur représentai, à propos d'une inspiration puisée dans le traitement moral des aliénés, le danger qu'il y avait de laisser entre leurs mains des titres et des valeurs, comme preuve démonstrative de leur fausse idée de ruine. En effet, dans leur logique délirante, ces malades sont portés à détruire, comme je l'ai vu dans un cas de panophobie, leurs titres de rente. Ils accepteront l'idée de leur ruine, mais ils ne voudront pas passer pour voleurs ou receleurs. C'est ainsi que Mme Justine a failli détruire des valeurs considérables.

Le refus obstiné de manger détermina les familles de ces malades à les placer à Saint-Yon ; mais au moment du départ Mme Louise eut un de ces intervalles lucides comme on en observe chez les héréditaires. Elle vint au-devant de moi et dit qu'elle reconnaissait toute l'absurdité de son délire, mais qu'elle n'en désirait pas moins être placée à Saint-Yon. En présence de ce retour si subit à des sentiments raisonnables et de son acquiescement à manger à table avec toute sa famille, les parents durent hésiter à placer leur malade à l'asile, et moi-même je leur conseillai d'attendre. Malheureusement cet intervalle de lucidité ne dura que 24 heures, et le lendemain le délire panophobique éclatait avec une intensité nouvelle; les gémissements que poussait cette malade attirait

l'attention des passants et il fallut bien se résoudre au parti extrême de l'isolement, chose si pénible pour les familles.

Ces deux dames entrèrent le même jour à Saint-Yon et depuis plus de six mois qu'elles y sont, la situation s'est plutôt aggravée qu'améliorée. Nous eûmes à lutter contre leur refus obstiné de manger, et rien ne put arrêter l'évolution progressive de leurs plaintes et de leurs gémissements. Ce refus de manger impose au corps médical de l'asile des obligations pénibles, mais je me plais à reconnaître que je suis parfaitement secondé sous ce rapport par M. le médecin adjoint, M. le Dr Delaporte, et par MM. les internes. Mme Louise qui, avant sa maladie, avait plus d'activité intellectuelle que Mme Justine, est dans la possibilité d'écrire à sa famille des lettres qui ont une apparence de raison. Elle demande sa sortie parce qu'elle est hors d'état de payer sa pension. Elle prétend qu'on lui a changé la figure. Elle ne se reconnaît pas quand elle se regarde dans une glace.

Mme Justine a poussé dans leur dernière exagération les actes particuliers aux panophobes gémisseurs. Elle a contrefait la morte avec un réalisme effrayant. Quand on l'oblige à se lever, elle se laisse tomber à terre. J'ai voulu faire allusion plus haut à cette malade, quand j'ai dit que sa marche était saccadée comme celle d'un automate mu par des ressorts mécaniques. Elle reste toute la journée assise à la même place, immobile, le regard fixe et atterré. Nous n'avons constaté aucun trouble sensorial chez l'une et l'autre de ces malades dont la position est des plus graves, et dont le pronostic nous laisse dans un doute plein d'anxiété.

Je ferai, à propos de ces panophobes gémisseurs, victimes des événements de guerre, la même réflexion que j'ai émise à propos des panophobes en général. Les caractères de leur affection sont identiques ; mais, ainsi que je l'ai dit, l'hérédité morbide, les affections nerveuses préexistantes ne perdent pas leur droit d'intervention dans la manifestation des phénomènes maladifs relatifs à la marche de la maladie, à son pronostic plus ou moins défavorable. La différence des phénomènes chez tel ou tel panophobe est plus apparente que réelle, et n'enlève pas à la maladie ce caractère spécial qui en fait une forme ou variété spéciale

d'aliénation qui peut bien offrir des analogies avec quelques autres formes connues, mais qui s'en distingue par des caractères irrécusables.

(B.) *Panophobie chez un homme de 55 ans. —Hérédité. — Affection préexistante du cœur. Mort après quelques jours de placement à l'asile de Quatre-Mares.*

M. A..., riche courtier maritime, était resté très-émotif depuis que sa sœur, morte aliénée à Saint-Yon, il y a vingt ans, eut fait sur lui des tentatives homicides. L'arrivée des Prussiens détermina chez lui un délire panophobique des plus intenses. Il se crut non-seulement ruiné, mais condamné à mort. Il se confessa et se crut damné pour avoir, disait-il, fait une mauvaise communion et avoir eu la fatale pensée de se jeter d'une des fenêtres de sa maison de campagne. A son arrivée à Quatre-Mares, ce malade, ci-devant gémisseur et désespéré, devint calme, mais il tomba ensuite dans un grand affaissement, et ne tarda pas à succomber à la maladie organique dont il était atteint.

(C.) *Panophobie gémissante précédée et compliquée d'accès hystériques avec tendances érotiques prononcées avant l'accès.*

Mme B..., âgée de 46 ans, s'était mariée en deuxièmes noces avec un homme plus jeune qu'elle de plusieurs années. Au moment de la ménopause, l'état hystérique préexistant s'était compliqué de tendances érotiques prononcées, et des accidents métrorrhagiques vinrent encore aggraver la situation et imprimer une nouvelle activité à un état névropathique qui tendait à se généraliser. Lorsque notre département fut envahi, Mme B..., affolée de terreur, se sauva en Angleterre, mais les accidents nerveux ne firent qu'augmenter et il fallut ramener cette malade en France et la placer dans notre asile. Je ne vis d'abord dans l'état de cette dame, dont l'intelligence et l'activité d'esprit n'avaient jusqu'alors rien laissé à désirer, que l'exagération de l'état que j'ai décrit sous le nom *de délire émotif* avec lequel la panophobie présente parfois quelques analogies (1). Une inquiétude très-grande, une mobilité exces-

(1) J'ai relaté dans mon mémoire sur *le délire émotif* plusieurs observations où certaines exacerbations avec cris et

sive, une crainte vague et indéterminée formaient le fond de la situation maladive chez cette dame dont le raisonnement paraissait lucide. Sa parole était brève et saccadée, l'anxiété très-grande, la peau chaude, le pouls fébrile; tous ces symptômes indiquaient suffisamment que Mme B... n'était pas, il s'en fallait, dans son état normal. Elle désirait être placée à Saint-Yon, et redoutait néanmoins le séjour de l'asile. Nous sûmes plus tard pourquoi.

Les premiers jours de son entrée se passèrent assez tranquillement, mais bientôt Mme B... fut prise d'une de ses crises hystériques pendant lesquelles elle poussait des cris affreux, se roulait par terre, frappant, mordant son entourage et demandant instamment qu'on lui mît la camisole. Le ventre était ballonné; les membres se tordaient dans des convulsions douloureuses et la malade, en sortant de cet état, tombait dans une stupeur momentanée.

Mme B... avait été placée dans le quartier des pensionnaires où se trouvait une réunion de panophobes gémisseuses qui en rendaient le séjour insupportable. Est-ce à ce contact que la malade dut d'être entraînée dans le même courant d'actes délirants? Je suis disposé à le croire, car Mme B... se mit bientôt à gémir, à se dépouiller de ses vêtements, à les déchirer et à dire qu'elle était condamnée à des supplices affreux dont je devais être l'exécuteur principal.

Sur ces entrefaites, le siége de Paris ayant été levé, le mari de la malade résolut de placer sa femme dans une des maisons de la capitale. Je prêtai d'autant plus volontiers la main à cette combinaison, que le premier mari de Mme B... était

gémissements de la part des malades, sont en rapport avec des impressions terrifiantes. La moindre circonstance, les causes les plus futiles suffisent pour surexciter l'*émotivité* de ces névropathiques et amener des crises comme épileptiformes. Le domestique d'un émotif de cette catégorie, auquel je donnais des soins, ayant dit à son maître qu'il y avait un puits dans le coin du jardin, provoqua chez le malade une crise des plus violentes. Ce malheureux se sentait entraîné vers le précipice. Il criait, poussait d'affreux gémissements et il fallut l'éthériser pour mettre fin à cette scène pénible. Seulement ces crises avec gémissements sont transitoires chez les délirants émotifs.

mort dans le quartier qu'elle habitait actuellement. Ce n'est que quelque temps après son entrée que nous apprîmes cette étrange coïncidence. Elle nous fut révélée par cette malheureuse panophobe au milieu d'une de ses crises de plaintes et de gémissements.

J'insisterai encore à propos de cette malade sur une autre particularité que j'ai déjà signalée et qui fait partie des caractères de la panophobie. Dans son délire, j'étais devenu pour Mme B... l'exécuteur des supplices qui devaient terminer son existence. Cependant, au moment du départ, elle ne voulut plus sortir de l'asile et ne consentit à se rendre au chemin de fer qu'à la condition que je l'y accompagnerais. Quelle différence, sous ce rapport, entre les panophobes gémisseurs et d'autres aliénés, les délirants par persécution surtout, qui conservent une haine invétérée contre ceux qui les ont fait placer dans les maisons de santé, ou qui les ont soignés dans le cours de leur maladie!...

(D.) *Panophobie avec gémissements chez un ancien hypocondriaque.*

J'ai déjà dit que les affections nerveuses préexistantes ne perdaient pas leur droit d'intervention dans les manifestations anormales que l'on observe chez les panophobes gémisseurs. On retrouve chez ces derniers certaines tendances délirantes et certains actes que l'on observe chez les héréditaires, les hystériques et autres variétés de malades. Lorsque chez les panophobes le suicide est bien accentué, il se dégage rarement des influences de l'hérédité, ainsi que cela ressort des faits que j'ai produits. Dans une observation d'aliéné gémisseur que m'a communiquée mon honorable collègue, M. le Dr Dumesnil, nous voyons marcher de front les plaintes, les sanglots, les gémissements avec les appréciations de l'hypocondrie la plus systématique et la plus raffinée.

Ce malade ne veut pas manger, non-seulement parce qu'il

est ruiné, mais parce que l'on met du poison dans ses aliments. Il a fallu employer bien souvent la sonde pour le nourrir. « Comment puis-je manger, dit-il encore, puisque j'ai un cancer dans l'estomac qui bouche l'intestin... » Il ne peut pas se moucher puisque les fosses nasales sont oblitérées et que ses poumons ne fonctionnent plus. Chacune des appréciations de cet hypocondriaque est accompagnée de gémissements et de sanglots saccadés. Il parle de sa fin prochaine et chacune des paroles de son fatal pronostic est interrompue par de sourds et profonds gémissements.

Les panophobes ne sont pas aussi nombreux dans la section des hommes que dans celle des femmes. Mais chez l'un et l'autre sexe les caractères de la maladie sont identiques : les idées de ruine, de déshonneur, de supplices à endurer, forment de part et d'autre la trame du délire. La crainte, la terreur sont égales des deux côtés, et l'on observe aussi de ces panophobes qui n'osant mettre fin à leurs jours proposent à leurs femmes de partager leur sort en mourant ensemble (1).

(E.) *Actes excentriques et impressions étranges de quelques panophobes.*

L'acte de simuler la mort, chez certains panophobes, peut bien être, ainsi que je l'ai dit, en rapport avec l'idée que l'autorité judiciaire ne fera pas enlever un cadavre pour l'envoyer au supplice. Mais comment expliquer l'idée qui fait croire à quelques autres *qu'on a changé* leur figure ainsi que celle de leurs parents qu'ils refusent de reconnaître. Cette croyance n'a rien de commun avec l'idée délirante de quelques hystériques transformées qui, se croyant élevées en honneurs, en dignités, ou appelées à jouer un rôle, changent

(1) C'est là ce qui ressort de plusieurs observations très-intéressantes qui m'ont été communiquées par M. le Dr Marets, médecin-adjoint de l'asile des hommes de Quatre-Mares.

leur nom patronymique, s'affublent de titres imaginaires et accueillent comme des inconnus leurs époux et leurs parents.

(F.) Une dame hystérique de cette catégorie, avait sur mes instances, écrit à son mari. La lettre était des plus tendres et témoignait du désir de cette malade de revoir les siens. Le mari, qui occupait une position administrative élevée dans un département éloigné, fait cent cinquante lieues pour revoir sa femme et il lui amène ses enfants. Mais elle ne voulut pas le reconnaître, reprochant à son mari d'user de familiarité avec *la duchesse de Chamarande* qui ne connaissait en quoi que ce soit un prétendu *monsieur F...* qui voulait se faire passer pour son mari... Quant à ses enfants, elle les examina quelque temps... Horreur! s'écrie-t-elle, ces enfants portent sur le front l'empreinte *d'une paternité diabolique... Ce sont les enfants du diable et non les miens.*

(G.) Une panophobe de notre asile avait témoigné le désir de voir son mari, qui habitait une localité voisine. Cet homme s'empresse de venir et sa femme le reçoit très-bien. Il demande et obtient l'autorisation de l'emmener faire une promenade en ville. Mais à peine eurent-ils fait quelques pas hors de l'asile, que cette femme quitte le bras de son mari et accourt effarée en disant qu'elle s'est promenée avec un inconnu et qu'elle est perdue de réputation. Quelque temps après, son mari demande de reprendre sa femme chez lui. Je cède encore à ce désir avec l'espoir que cette impression délirante disparaîtra au sein de sa famille. Mais cet essai fut malheureux à tous égards. Le mari fut obligé de ramener sa femme, qui est aujourd'hui plus malade que jamais. Elle ne gémit plus comme autrefois, mais elle se promène silencieuse et reste comme frappée de stupeur. Elle est convaincue que les figures de ceux qu'elle a connus sont changées.

Ce n'est certes pas là une idée délirante systématique et indiquant, comme chez quelques hystériques transformées, une transition à la démence. C'est plutôt, à ce qu'il me semble, et je soumets cette appréciation à mes collègues, une impression morbide aussi soudaine qu'irréfléchie et inconsciente, fugitive et transitoire dans quelques cas, mais persistante et excessivement tenace dans quelques autres. J'en ai

cité des exemples chez les délirants émotifs, qui ont bien, comme je l'ai déjà fait observer, des points d'analogie avec les panophobes, mais qui s'en séparent cependant par des caractères fondamentaux.

(H.) Une jeune femme dont j'ai relaté l'histoire dans mon travail sur le *délire émotif*, éprouva un jour un phénomène étrange. Elle était occupée à débiter sa viande (c'était une bouchère) lorsqu'elle crut s'apercevoir que les personnes qui entraient dans sa boutique avaient des figures grimaçantes et presque méconnaissables. Elle se sauva dans son arrière-boutique et jeta son couteau, car sa première idée avait été d'injurier *ces faiseurs de grimaces*, comme elle les appelait, et même de les frapper. Son émotion fut à son comble lorsque son mari se présenta à elle avec la même expression grimaçante. Elle ne pouvait mieux représenter ce qu'elle éprouvait qu'en comparant ces visages affreux à ces figurines en caoutchouc qui représentent des individus parfaitement ressemblants, mais que l'on peut défigurer à volonté en les allongeant ou en les aplatissant. Cette impression morbide (je ne saurais la désigner autrement) dura quelque temps, pour disparaître ensuite entièrement avec l'amélioration progressive qui fut couronnée par la guérison.

Je pense avoir produit assez d'observations pour démontrer les rapports intimes de causalité qui existent entre les impressions terrifiantes et les manifestations délirantes de certains aliénés panophobes et gémisseurs. Les passions tristes des individus, leur émotivité préexistante aident puissamment à l'action des craintes et des terreurs qui assaillent les âmes au milieu des convulsions sociales et des terribles événements d'une guerre d'envahissement. Je n'ai pas la prétention d'avoir signalé toutes les perturbations et maladies du système nerveux qui sont dues à l'influence de la crainte et de la terreur, et que tous les praticiens ont observées dans les manifestations subites d'accès hystériques ou épileptiques chez des individus ayant éprouvé une grande frayeur. Ce n'était pas là mon but. J'ai voulu faire voir combien les influences que je signale contribuaient à développer cette variété de vésanie que j'ai désignée sous le

nom de *délire panophobique de certains aliénés gémisseurs*. Ces malades sont dignes de fixer l'attention des observateurs comme constituant une variété spéciale dans le grand genre de la mélancolie des anciens et de la lypémanie d'Esquirol.

Je n'ajouterai qu'une seule réflexion à tout ce que j'ai dit. Les impressions terrifiantes causées par la crainte, la peur, sont de telle nature que les conséquences s'en font même remarquer chez les êtres dépourvus de raison et placés au dernier degré de tous dans la hiérarchie des affections mentales, je veux parler des imbéciles et des idiots. Ces cas sont exceptionnels ; il importe cependant de les signaler.

(I.) Une jeune imbécile de notre asile, affectée de surdité ou tout au moins de mutisme, a conservé pendant longtemps tout l'*habitus* extérieur des panophobes terrifiés. Voulait-on s'approcher, elle étendait les mains comme pour se préserver d'un danger, et ses cris inarticulés indiquaient la frayeur qui s'emparait de tout son être. Elle se précipitait souvent sur les autres malades du quartier, et cependant cette imbécile si abrutie n'est pas tout à fait inconsciente. Lorsqu'elle a commis un acte agressif, elle se dirige du côté de la Sœur et baise la terre en signe de repentir.

(J.) Dans mes *Études cliniques*, j'ai fait représenter dans sa pose favorite un idiot que l'on avait trouvé dans les bois qui environnaient l'asile, et où il avait été abandonné. L'inconnu, c'est ainsi qu'on le désignait, était accroupi dans un coin, les mains tendues au-devant de son visage, et poussait de véritables rugissements lorsqu'on s'approchait de lui. On plaçait son manger à quelques pas de lui et il se dirigeait en rampant sur ses quatre membres pour satisfaire sa faim à la manière des animaux. Je n'ai jamais observé un être humain descendu à un tel degré de bestialité, et n'exprimant ses impressions qu'avec les signes de la plus profonde terreur.

Nous allons nous occuper maintenant des caractères qui distinguent la panophobie avec gémissements de quelques autres variétés maladives.

Diagnostic différentiel. Mélancolie-Lypémanie.

En acceptant sans aucune réserve la classification régnante, les observateurs modernes durent nécessairement placer les *aliénés panophobes et gémisseurs* dans le grand genre de la mélancolie des anciens et de la lypémanie d'Esquirol. Il importe néanmoins, dans l'intérêt de l'étiologie et de la pathogénie, aussi bien que du pronostic et du traitement des affections mentales, de fixer les caractères distinctifs des diverses variétés qui constituent le groupe nosologique de la mélancolie. L'étude clinique des phénomènes morbides est le seul moyen d'imprimer à la pathologie mentale ce degré de certitude que l'on est heureux de trouver aujourd'hui dans d'autres branches des maladies humaines. C'est, grâce à l'étude clinique des phénomènes morbides, ainsi que je l'ai souvent répété, que l'on arrivera à remplacer une classification purement idéale par une classification basée sur les caractères naturels de la maladie. La première oppose aux progrès de la science une barrière infranchissable. La seconde étend d'une manière presque indéfinie l'horizon du progrès.

Esquirol avait déjà remarqué que le trouble mental caractérisé par la crainte, la morosité et le délire prolongé, ne convient pas aux diverses variétés de la mélancolie, et que ce terme, à le prendre dans l'acception des anciens, offre souvent à l'esprit une idée fausse. Cette dénomination, ajoute notre grand observateur, ne saurait convenir à la mélancolie telle que la définissent les modernes. Cette double considération a porté Esquirol à créer le mot de *monomanie*, qui exprime le caractère essentiel de cette espèce de folie dans laquelle le délire est partiel, permanent, *gai ou triste*. Le mot de mélancolie, je cite les paroles textuelles du maître, consacré dans le langage vulgaire pour exprimer l'état habituel de tristesse et de crainte,

doit être laissé aux moralistes et aux poëtes qui, dans leurs expressions, ne sont pas obligés à autant de sévérité que les médecins. Esquirol y substitue le mot de lypémanie, qui est une maladie cérébrale caractérisée par le délire partiel, chronique, sans fièvre, entretenu par une passion débilitante, triste ou oppressive.

Toutefois il est facile de voir que ce terme ne représentait pas encore, chez le grand aliéniste français, un genre unique, en ce sens que chez les lypémaniaques on pouvait constater des caractères qui ne convenaient pas à tous indifféremment. De là découlait la nécessité de classer les lypémaniaques dans différentes variétés ayant leurs caractères distinctifs. Il est bon de citer les propres paroles d'Esquirol : « En analysant, dit-il, toutes les idées qui tourmen-» tent les lypémaniaques, on les rapporte facilement à » quelques passions tristes et débilitantes. Ne pourrait-on pas » établir une bonne classification de la lypémanie en prenant » pour base les diverses passions qui modifient et subjuguent » l'entendement? » (Esquirol : *De la lypémanie ou mélancolie,* tome II, p. 398 et suiv.)

Les idées d'Esquirol ont porté leurs fruits. Les délirants par persécution, les mélancoliques à la forme stupide, les hypocondriaques avec transformation des idées qui se rapportent aux intérêts exclusifs de leur santé, les aliénés dont l'état de prostration alterne avec l'excitation maniaque et qui, entre ces deux situations, ont des intervalles lucides, les épileptiques larvés qui ont des périodes de tristesse alternant avec des états de fureur subite, les émotifs dont les tics ridicules, les actes extravagants et les impressions douloureuses rappellent, sous leur forme délirante, l'exagération de la sensibilité chez les névropathiques vulgaires, représentent des variétés qui ont été successivement détachées de la manie et mélancolie des anciens, ainsi que de la lypémanie d'Esquirol. Je demande aujour-

d'hui la même faveur pour *les aliénés panophobes gémisseurs*, que j'ai longtemps confondus avec les lypémaniaques et les délirants par persécution (1).

Caractères distinctifs des délirants par persécution et des panophobes gémisseurs.

Les délirants par persécution n'en arrivent pas instantanément à la systématisation insensée qui leur fait voir dans ce qui les entoure des ennemis acharnés à leur perte. Le *processus* pathologique qui établit une démarcation profonde entre leur état antérieur et leur état présent est plus lent dans sa marche, et le masque sous lequel ils cachent leurs impressions délirantes reste souvent impénétrable, non-seulement pour les étrangers, mais pour leurs amis et leurs parents. Les hallucinations auditives forment ordinairement la trame de leurs fausses perceptions. Leurs actes malfaisants sont préméditès. Ils atteignent telle personne plutôt que telle autre, et lorsque leurs soupçons ne peuvent s'arrêter sur aucun être réel ou vivant ils s'en prennent à des puissances occultes ou abstraites, l'électricité, le magnétisme, la police, etc.

Chez les panophobes, et alors même que l'on fait la part de leurs prédispositions antérieures, on peut dire que la manifestation du délire n'exige pas une longue période d'incubation. Ils passent souvent sans transition, de l'impression reçue à l'idée qu'ils sont perdus, ruinés, déshonorés. Ils sont la cause de tous les malheurs, de tous les désastres qui arrivent. Ils vont être saisis, traduits en jugement, condamnés à mort, torturés et suppliciés de la ma-

(1) Voir les travaux de M. Falret *sur la folie circulaire*, et de M. Baillarger sur *la folie à double forme*, sur la *stupeur avec mélancolie*, *sur l'automatisme* ; de M. Delasiauve, *sur les mélancoliques avec stupidité*, et ce que j'ai publié moi-même sur *l'épilepsie larvée*, *sur le délire émotif*.

nière la plus cruelle. La promptitude avec laquelle les panophobes passent d'un état relativement calme à ce genre de systématisation délirante est quelque chose de remarquable. La fixité et la persistance de leurs impressions terrifiantes ne sont ordinairement entretenues ni par les hallucinations de la vue, ni par celles de l'ouïe, comme chez les délirants par persécution. Esquirol semble avoir eu en vue ces sortes de malades quand il dit : « Quelques » lypémaniaques s'effrayent de tout et leur vie se con- » sume dans des angoisses perpétuellement renaissantes, » tandis que d'autres sont terrifiés par un sentiment vague » qui n'a aucun motif. J'ai *peur*, disent ces malades, j'ai » *peur* ; mais de quoi ? *Je n'en sais rien, mais j'ai peur.* » Leur extérieur, leur physionomie, leurs actions, leurs » discours, tout exprime en eux la frayeur la plus pro- » fonde, la plus poignante, de laquelle ils ne peuvent ni » se distraire ni triompher. » (Esq., *de la lypémanie ou mélancolie*, t. II, p. 417.)

N'est-ce pas encore à ces sortes de panophobes qu'Esquirol fait allusion quand il représente des mélancoliques « que le » bruit saisit et fait frémir, que le silence fait tressaillir et » épouvante ? Ont-ils quelques sujets de crainte, ils sont » terrifiés ; ont-ils quelques regrets, ils sont au désespoir ; » éprouvent-ils quelques revers, ils croient tout perdu. Tout » est forcé, tout est exagéré dans leur manière de sentir, de » penser et d'agir... Enfin, dans les cas extrêmes, ce n'est » plus une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui crie, qui » pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a pas de larmes, » qui est impassible. » (*Ibid.*, 413, 414.)

On conçoit combien il est difficile à ces sortes de malades, dans la période de leur état aigu surtout, d'arriver à une systématisation délirante bien nette, bien définie, je veux parler de ces états systématiques où les individus discutent, raisonnent, ce qui suppose tout au moins une réflexion préétablie, ainsi qu'une concentration très-lon-

gue de la pensée sur un point douloureux. Aussi les panophobes ne vont-ils pas chercher dans le monde réel ou imaginaire les auteurs de leur ruine ainsi que les exécuteurs des supplices qui les attendent. Ils ne s'inquiètent ni de la police, ni de l'électricité, ni du magnétisme. Ils ne trameront de vengeances contre personne. Ils pourront être méfiants et soupçonneux vis-à-vis de leurs amis, de leurs parents et des médecins qui les traitent ; mais quoique ces derniers passent souvent, dans leur pensée délirante, pour les exécuteurs des hautes œuvres de la justice, ils ne réagiront contre eux ni par la haine, ni par les menaces, ni à plus forte raison par les actes agressifs.

Personne n'ignore l'astuce avec laquelle les délirants par persécution formulent leurs plaintes, la perfidie avec laquelle ils échafaudent leurs accusations et la persistance pour ainsi dire diabolique qu'ils mettent dans la réalisation de leurs actes malfaisants. Bien loin de redouter l'action des tribunaux, ils se feront un piédestal de leur comparution en justice. Ils sont heureux de l'occasion qui s'offre à eux de rendre le public, que dis-je, la France entière, confidents des complots qui sont ourdis contre eux. Quelques-uns, ainsi que je l'ai signalé dans mes *Etudes cliniques*, en arrivent à des transformations où le délire des persécutions est remplacé par un délire d'orgueil. Ils se croient appelés à jouer un rôle dans la société. Ils se prennent pour de grands hommes méconnus, pour des réformateurs, des prophètes, pour des hommes exceptionnels.

Les malheureux panophobes, au contraire, redoutent pardessus tout l'action ou l'intervention de la justice. Nous avons décrit leurs terreurs quand l'asile est visité par l'autorité administrative ou judiciaire. Ils ne trouvent pas de recoin assez sûr pour se cacher et se soustraire à tous les regards. Lorsqu'ils étaient en liberté, leurs parents ont dû souvent les rechercher au fond des bois, dans les car

rières profondes où ils se cachaient. Ils nous supplient souvent de ne pas les rendre à la société, à leur famille, et, bien loin de subir les transformations caractérisées par un délire d'orgueil et par l'idée qu'ils sont appelés à jouer un rôle, ils resteront éternellement plongés dans un délire d'humilité. Ils n'ambitionneront d'autre rôle que celui d'être oubliés, méconnus, et de pouvoir se lamenter et gémir en toute sécurité. Ce sont des victimes et non des bourreaux, et sous ce dernier rapport ils diffèrent totalement des délirants par persécution qui ne sacrifieront pas seulement un seul individu à la soif de vengeance qui les domine, mais qui, parfois, commettront des assassinats multiples. J'ai signalé quelques cas de tendances homicides chez les panophobes. Mais on a pu remarquer combien ces tendances sont timides, et combien elles se rattachent à la terreur de la mort, au regret de laisser derrière eux des êtres qui leur sont chers.

Le délirant par persécution n'est pas soumis à de pareilles défaillances. Il sacrifiera sans crainte et sans les prévenir, les objets de ses plus chères affections antérieures. Il se fera une gloire de les avoir immolés. Il leur survivra sans remords.

Un des côtés saillants du caractère des délirants par persécution et que M. Lasègue a parfaitement fait ressortir dans diverses causes célèbres, est la transformation qui de *persécutés* en fait des *persécuteurs* si dangereux pour le repos et la réputation des familles (procès Teulat).

Les caractères de la panophobie sur lesquels j'ai déjà longuement insisté sont en opposition complète avec les agissements des aliénés persécuteurs et dénonciateurs. On sait comment il faut interpréter leurs tendances suicides et homicides ; je n'y reviendrai pas.

Chez les délirants par persécution et aussi chez les aliénés au délire systématisé restreint, chez certains héréditaires et chez bon nombre d'hypocondriaques transfor-

més, on observe des périodes plus ou moins lucides où ces sortes de malades désirent vivement la discussion et l'acceptent avec bonheur. Les médecins sont eux-mêmes involontairement entraînés à raisonner et à combattre par les armes de la logique le délire de ces aliénés, quoiqu'ils soient persuadés d'avance que ce procédé n'amènera aucun résultat favorable.

Les panophobes, soit dans la période aiguë, soit dans la période chronique que j'ai appelée phase de *sociabilité*, sont inaccessibles à toute discussion raisonnée. Dans la première de ces situations, leur désespoir, leurs idées de ruine, leurs craintes de supplices imaginaires les laissent en dehors de toute influence morale que l'on serait tenté d'exercer au moyen du raisonnement. Dans la deuxième période, tout ce que l'on peut dire pour les raisonner et les calmer ne sert souvent qu'à rappeler un délire que l'on pouvait croire momentanément apaisé, mais qui existe toujours, soit à l'état apparent, soit à l'état larvé.

Tout le monde connaît la tendance qui existe chez les aliénés en général à écrire leurs impressions et à consigner dans de volumineux écrits leurs plaintes, leurs accusations. Les délirants par persécution feront de longs mémoires justificatifs qui les font reconnaître tous à la première lecture. Les hypocondriaques transformés chercheront à justifier l'absurdité de leurs idées dans des écrits insensés qui sont une preuve justificative de leur folie, plus significative que tous les certificats ou rapports des médecins. Les hystériques ne sont pas les dernières à inventer mille mensonges, mille calomnies et à formuler des accusations impossibles avec une telle astuce et une telle perfidie que, dans plus d'une circonstance, ces aliénées ont compromis le repos et l'honneur des familles ainsi que la position des chefs de service ou des employés dans les asiles où elles étaient renfermées.

Rien de pareil ne s'observe chez les panophobes. Quand

on les a déterminés avec beaucoup de peine à écrire à leurs parents, ils ne sortiront pas de leurs appréciations lugubres sur leur ruine, sur les supplices qui les attendent, mais, dans tous les cas, ils n'accuseront et ne menaceront personne.

Enfin beaucoup d'aliénés, les délirants par persécution et les suicides particulièrement, peuvent pendant un temps plus ou moins long, dissimuler ce qu'ils éprouvent afin d'obtenir leur sortie, les uns dans le but parfaitement prémédité d'assouvir leurs idées de vengeance, les autres pour échapper à la surveillance dont ils sont l'objet et réaliser leurs idées de suicide.

Les panophobes sont incapables de simulation. Si quelques-uns prennent des poses cadavériques, si d'autres ne reconnaissent pas leurs parents, on sait maintenant à quel ordre d'idées délirantes ou de sensations maladives il faut rapporter ces actes étranges. Ils expriment exactement par leurs plaintes, par leurs gestes ou par leurs actes, ce qu'ils éprouvent à l'intérieur. Ils sont échos...

Je pourrais citer d'autres caractères essentiels qui distinguent la panophobie gémissante des autres variétés en aliénation. Mais ce travail m'entraînerait trop loin. Si les analogies ne manquent pas, les caractères différentiels sont assez nombreux, assez saillants, pour que les lecteurs, en se plaçant vis-à-vis de l'observation des faits qui leur sont personnels, puissent facilement en faire la distinction et compléter par eux-mêmes cette esquisse de pathologie mentale.

Quelques considérations sur le pronostic et le traitement termineront ce travail qui a pris des proportions plus longues que je ne l'aurais désiré.

Pronostic. Traitement.

Le pronostic de la panophobie des aliénés gémisseurs

offre des difficultés que la simple lecture des observations que j'ai produites fait suffisamment ressortir. Tel aliéné gémisseur, ainsi que nous l'avons vu, sera resté dix ans dans cette position et la crise qui a amené la guérison l'aura laissé avec la puissance antérieure de ses facultés. On n'observera chez eux aucun abaissement du jugement, de l'intelligence, de la volonté, ainsi que cela se voit pour les aliénés d'autres catégories de malades qui ne sortent jamais d'une lutte aussi dangereuse sans que leur personnalité virtuelle n'en souffre plus ou moins. L'état physique ou physiologique des panophobes auxquels je fais allusion, se présentera parfois dans les mêmes conditions que celles que l'on a pu remarquer avant l'invasion de la maladie. On pourra objecter que ce sont là des cas exceptionnels, puisque beaucoup de panophobes ne tardent pas à s'immobiliser dans une situation pour laquelle on ne voit pas d'issue.

Je me contenterai de répondre que ces situations ne sont peut-être pas aussi exceptionnelles que l'on pense. Plusieurs des panophobes dont j'ai donné l'observation, n'ont pas encore parcouru le cercle de tous les phénomènes morbides qui accentuent la marche de la maladie dans un sens défavorable à une crise finale qui pourrait déterminer la guérison. La manifestation de l'état panophobique, chez beaucoup d'individus, depuis les derniers événements de guerre surtout, a été si intense et si soudaine que l'on y retrouve les conditions faites à l'humanité dans les maladies épidémiques où l'on voit succomber beaucoup d'individus, mais où d'autres aussi guérissent d'une manière inespérée. Or, dans les épidémies de quelque nature qu'elles soient, il faut toujours faire la part des dispositions antérieures de ceux que frappe la contagion et celle de leur force de résistance à telle ou telle influence funeste provenant du monde extérieur.

Si nous appliquons cette manière de voir au pronostic des

panophobes, nous verrons que la guérison est d'autant plus certaine que la situation des individus se dégage plus nettement de l'influence des causes prédisposantes. Malheureusement il n'en est toujours pas ainsi. Beaucoup de panophobes ont présenté dans leur existence antérieure les caractères propres aux émotifs que la moindre cause morale jette dans l'angoisse et la perplexité. Il en est d'autres dont la situation physique et morale se rattache d'une manière irrécusable aux influences héréditaires de mauvaise nature. Ils comptent parmi leurs ascendants des hypocondriaques, des hystériques, des délirants par persécution, des suicides. Au moment même où j'écris ces lignes, je suis mis en mesure, à cause de certains intérêts de famille, de me prononcer sur le pronostic de deux malades de notre asile.

L'une est une jeune femme dont l'état panophobique a fait explosion au moment de l'invasion de notre département par les Prussiens. Mais elle a un père qui s'est suicidé; son frère, qui avait été placé à Quatremares, en est sorti, mais s'est suicidé depuis. Une de ses sœurs est tellement émotive qu'à l'annonce de la maladie de notre pensionnaire elle s'est réfugiée chez des parents en Bretagne, tant elle craignait de devenir aliénée. Un autre frère est un émotif qui a déjà commencé plusieurs carrières sans pouvoir rester dans aucune. Aujourd'hui la malade de notre asile est calme, tranquille. Elle ne gémit plus, elle ne paraît avoir aucune frayeur, mais elle reste impassible, automatique, ne profère aucune parole, et reçoit la visite de son mari et de ses enfants sans sortir de son état de stupidité.

Malgré la jeunesse de cette femme et son état de tranquillité actuelle, je regarde son pronostic comme bien autrement grave que celui de l'autre femme sur la situation de laquelle j'ai à me prononcer. Et cependant cette malade, dont j'ai donné l'observation, est un type de panophobie gémissante. Elle est ici depuis près de dix ans, ne cessant de gémir et de crier, mais il n'existe pas chez elle d'an-

técédents héréditaires ; je ne désespère pas qu'il ne puisse se produire une crise favorable.

Tout ce que je puis dire encore c'est que les conditions pour ainsi dire épidémiques dans lesquelles sont arrivées en si grand nombre, dans ces derniers temps, les femmes qui avaient été terrorisées par les événements de guerre, ont laissé, dans plus d'une circonstance, notre pronostic en défaut. J'ai insisté dans plus d'une circonstance auprès des familles sur la nécessité de placer à l'asile des malades auxquelles ce séjour ne convenait pas, et dont la situation s'est aggravée au contact des autres aliénées. J'ai pareillement renvoyé prématurément d'autres femmes qui auraient eu besoin d'un séjour plus long pour compléter leur guérison et qui nous sont revenues dans une situation déplorable.

Quant au traitement des panophobes gémisseurs, si on peut dire qu'il rentre dans les errements généraux ordinaires à propos des soins de l'ordre physique et moral propres aux aliénés en général, il en diffère cependant par des côtés qui ont leur importance. Un des principes de la thérapeutique morale des aliénés est d'exercer sur eux une pression salutaire pour les décider à s'occuper, et pour combattre les idées fausses qui les portent à ne pas manger par crainte d'être empoisonnés, ou pour tout autre motif. Or les moyens physiques et moraux que nous avons à notre disposition pour apaiser ces intelligences égarées et les assouplir à une règle et à une discipline capables d'amener une modification ou tout au moins un apaisement dans leur état, nous font la plupart du temps défaut chez les panophobes. Comment recourir à l'emploi des bains et de l'hydrothérapie vis-à-vis de malades qui prétendent qu'on va les noyer, les enterrer vivants et dont les cris et les gémissements éclatent avec une intensité nouvelle lorsqu'on veut les faire manger, les habiller ou les déshabiller ? Veut-on les conduire aux offices religieux,

aux réunions chantantes, à la promenade extérieure, ils troubleront par leurs gémissements l'ordre général, ou prétendront qu'on veut les montrer comme des bêtes curieuses. L'obstination à ne pas vouloir prendre d'aliments est parfois si grande qu'il a fallu, dans plus d'une circonstance, renvoyer des malades qui auraient fini par se laisser mourir de faim. Le mieux est souvent d'attendre patiemment une crise naturelle ou de chercher à la provoquer soit indirectement, soit par des moyens qui ne surexcitent pas les craintes et les appréhensions de ces malades.

L'avenir, sous le double rapport du pronostic et du traitement des panophobes gémisseurs, augmentera nécessairement notre expérience. Il suffit pour cela que l'attention des aliénistes soit portée d'une manière spéciale sur une variété d'aliénés qu'il ne faut pas confondre avec les lypémaniaques ordinaires, avec les délirants par persécution et avec les malades appartenant à d'autres catégories.

Médecine légale.

FAIBLESSE INTELLECTUELLE. — HÉRÉDITÉ.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Par M. le Dr MOTET,

Secrétaire de la Société Médico-psychologique.

Nous soussigné, Dr en médecine de la faculté de Paris, commis par une ordonnance de M. Falconnet, président de la chambre des appels correctionnels, à l'effet de constater l'état mental de la nommée A. F., inculpée de vols, après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier, visité la prévenue, et recueilli tous les renseignements de nature à nous éclairer, avons consigné dans le présent rapport les résultats de notre examen.

Lorsque A. F. nous fut présentée pour la première fois, à la prison Saint-Lazare, nous ne pûmes nous défendre d'un sentiment de méfiance. Cette jeune femme, d'une mise presque élégante, conservant au milieu des détenues une certaine coquetterie dans la toilette, dans le maintien, nous semblait pouvoir être l'une de ces femmes astucieuses qui cherchent, en simulant des troubles de l'intelligence ou du système nerveux, à échapper aux conséquences des actes dont elles se sont rendues coupables. Cette première impression ne fut pas de longue durée ; nous sommes vite arrivé à la conviction que nous avions affaire à une malade dont il

était possible de définir scientifiquement l'état mental. Mais, en présence de la lucidité avec laquelle elle répondait à nos questions, nous étions convaincu aussi que c'était moins par un examen direct que par l'étude attentive des faits en eux-mêmes, des circonstances dans lesquelles ils s'étaient produits, des habitudes de vie de l'inculpée que nous pouvions arriver à formuler des conclusions précises, répondant aux questions qui nous avaient été posées.

Nous avons été aidé dans nos investigations par la bienveillante intervention de M. le Dr Costilhes, médecin en chef de l'infirmerie de Saint-Lazare, qui consentit, sur notre demande, à mettre la fille F. en observation dans son service. Là, tout put être noté avec soin, aucune manifestation ne passa inaperçue; et, complétant une observation journalière par les renseignements que nous avions recueillis, nous avons pu déterminer : 1° les antécédents de l'inculpée, 2° son état actuel, et 3° apprécier la part de responsabilité qui lui incombe dans les actes incriminés.

I.

A. F., âgée de 31 ans, est née à Paris, d'un père qui mourut de paralysie générale à la maison de Charenton quelques mois après la naissance de sa fille; les premiers accidents remontaient à deux ans, et il y avait eu plusieurs accès d'excitation maniaque avec violence avant la séquestration. Sa mère, d'un caractère assez difficile, la mit de très-bonne heure dans un couvent, où, dit-elle, elle eut beaucoup à souffrir. D'un tempérament très-nerveux, elle aurait eu, s'il faut l'en croire, des frayeurs qui se seraient exagérées encore sous l'influence des mauvais traitements. Presque toutes ses nuits étaient troublées par des visions terrifiantes; elle n'eut jamais le caractère insouciant et gai des enfants de son âge, et fut sujette dès cette époque à des accès de tristesse profonde qui alternaient avec de

l'exaltation, d'incroyables exagérations. Très-intelligente cependant, elle reçut une éducation assez soignée, pour que, en 1857, elle pût accepter une place d'institutrice en Russie, dans une grande famille qui a conservé d'elle un très-bon souvenir. — Son départ fut un coup de tête; son retour après deux années fut aussi l'une de ces déterminations soudaines que rien n'explique, et qu'elle excuse en disant qu'elle était prise de nostalgie. Elle revint, en 1859, avec une somme d'argent à peine suffisante pour subvenir aux frais du voyage ; elle eut à se défendre en route des brutalités de son conducteur, et sans protection d'aucune sorte, elle arriva à Varsovie, souffrant de la faim, du froid, dans un état de dénûment et de malaise profond. Déjà malade en quittant la Russie, elle rentre à Paris, épuisée, dans un état d'anémie inquiétante ; elle avait de fréquentes syncopes, peu de sommeil, et presque toutes les nuits des visions effrayantes. — Elle fut recueillie par un homme plein de bienveillance pour elle et qui lui fit donner des soins. Elle reçut des conseils d'un très-grand nombre de médecins, dont la liste nous a été remise; elle prouverait à elle seule la mobilité d'un esprit que rien n'a jamais pu fixer. — En 1861, elle devint grosse, accoucha au mois d'avril 1862, sans avoir présenté pendant sa grossesse d'accidents nerveux plus accusés : l'accouchement fut assez laborieux, il n'eut pas toutefois de suites graves, elle nourrit elle-même son enfant, non pas sans fatigue, mais avec assez de sollicitude pour qu'on crût pouvoir la laisser sans inconvénients continuer l'allaitement. L'enfant un peu chétif eut, à l'âge de huit mois, des convulsions qui coïncidaient avec l'apparition des premières dents. Il est aujourd'hui encore très-nerveux, très-irritable ; il est intelligent, mais il a plutôt des aptitudes que des facultés très-développées; il semble que toute application, tout travail prolongé lui soient impossibles.

A. F., lorsqu'elle sevra son enfant, était très-souffrante, très-amaigrie. Les troubles nerveux étaient plus accusés que

jamais, et les médecins qui lui donnèrent des soins à cette époque s'attachèrent surtout à combattre l'anémie à laquelle elle était arrivée ; son caractère était devenu violent, emporté ; on craignait assez les effets fâcheux que pouvaient produire les contrariétés, les difficultés même les plus communes de la vie, pour qu'on ait conseillé de la traiter comme un enfant, de surveiller par-dessus tout son alimentation, et de la faire aussi réparatrice que possible. Le sommeil ne devint pas meilleur ; les cauchemars, les rêves les plus pénibles le troublaient presque toutes les nuits, et, sous l'influence de l'état d'anxiété où ses visions la laissaient, A. F. eut bien souvent l'idée du suicide. La pensée de son enfant l'empêcha seule, dit-elle, de réaliser ses projets. On remarquait que ces idées sombres se présentaient plus impérieuses, plus tenaces au moment de la menstruation, et que les périodes cataméniales étaient toujours précédées par de l'excitation à laquelle succédait la tristesse. Dans la première phase, tout lui devenait objet de colère, elle s'emportait violemment contre les domestiques, elle frappa même une femme de chambre qui ne se prêtait pas assez vite à ses caprices. Quand elle rencontrait un obstacle, la surexcitation croissait au point qu'elle arrivait presque au délire elle était dangereuse pour elle-même et pour son entourage ; puis arrivait la période de prostration, et, comme chez les hystériques, c'était souvent par des pleurs que la crise se terminait.

Bien que ces accidents soient aujourd'hui beaucoup moins marqués, il en reste encore des traces. Les époques sont toujours très-difficiles ; tantôt très-abondantes, tantôt au contraire réduites à une perte presque insignifiante, mais encore avec les troubles nerveux du côté du cœur, tels que palpitations, points névralgiques de la région précordiale, etc ; insomnies, ou sommeil traversé par des terreurs, de brusques réveils en sursaut, et même des cris poussés sous l'influence de visions effrayantes.

Dans la vie intime, A. F. est d'une mobilité de sentiments et d'idées extrême. Chez elle les aptitudes musicales sont très-développées ; elle a beaucoup travaillé avec l'idée d'entrer à l'Opéra-Comique. Ce projet comme beaucoup d'autres a été laissé de côté ; mais pendant longtemps elle a pris des leçons, en se cachant de M. X... avec lequel elle vit; puis ayant abandonné l'idée d'entrer au théâtre, elle chercha à se faire attacher à la chapelle des Tuileries, puis plus tard encore elle voulut compléter son instruction, et rentrer comme professeur dans une maison d'éducation de jeunes filles. Elle travailla aussi pour une maison de confection de lingerie, et, trop fière pour apporter son ouvrage pendant le jour, elle ne venait aux ateliers que le soir. Depuis quelque temps elle ne fait plus rien.

Elle ne lit pas de romans, sa conduite est assez régulière pour que personne ne se soit douté qu'elle ne fût pas la femme de M. X...; seulement, il est prouvé que dans la maison qu'elle habite, on la considère comme une femme excentrique, d'un caractère très-bizarre.

Elle n'avait pas de besoins ; son existence et celle de son enfant étaient largement assurées ; mais, incapable de faire correspondre ses dépenses à son budget, elle était souvent à court d'argent. Vaniteuse à l'excès, elle faisait des aumônes, se montrait en toute occasion d'une libéralité bien au-dessus de ses ressources, et acceptait mal les observations qui pouvaient lui être faites à ce sujet. Elle manquait en toutes choses d'esprit de conduite ; elle était imprévoyante; tout entière à son premier mouvement, elle ne s'occupait jamais des conséquences possibles de ses actes, et tour à tour enthousiaste ou découragée, elle passait sans transition par les degrés les plus extrêmes. Cependant, bien qu'autour d'elle on fût parfaitement édifié sur la mobilité de son caractère, bien qu'on connût son absence complète de discernement, on ne soupçonnait pas toute l'étendue des désordres, et l'on ne se doutait pas de l'inculpation qui tout

à coup pesa sur elle. Arrêtée sur la plainte d'un marchand de nouveautés, qui l'accusait d'avoir soustrait divers objets de prix, elle subit un premier interrogatoire chez le commissaire de police, et fit devant ce magistrat des aveux sur lesquels elle revient aujourd'hui. Elle prétend qu'humiliée de la position qui lui était faite, fatiguée des questions qu'on lui posait, elle avait voulu mettre un terme à des recherches blessantes pour son amour-propre, en convenant de tout ce dont on l'accusait, mais qu'il lui était facile alors, comme aujourd'hui, de prouver son innocence. Sans nous arrêter à cette manière d'expliquer les faits, nous trouverons dans l'enquête elle-même des éléments sérieux d'appréciation. Il nous suffira, dès maintenant, de dire qu'elle révéla le désordre, le gaspillage, l'imprévoyance, une sorte de besoin aveugle d'entasser les objets le plus absolument inutiles, sans aucun profit pour elle, puisqu'on trouva dans ses armoires des châles, des dentelles, qui étaient enfouis là depuis bien longtemps, sans que jamais elle eût pensé à s'en servir.

II.

Nous avons vu A. F. à différentes reprises, et nous l'avons toujours trouvée parfaitement sensée dans toutes ses réponses, dans tous les détails qu'elle nous a donnés d'elle-même, sur le passé, sur le présent. Elle a complété les renseignements que nous avions pris en dehors d'elle, et nous en a par cela même affirmé l'exactitude. Mais ce fut pour nous un véritable travail que de l'amener à mettre un peu d'ordre dans son récit. Il est impossible de se faire une idée de ce que nous pouvons appeler le vagabondage de son imagination. Cette femme vit dans un monde à part, où rien n'est à sa place. Ses sentiments et ses idées sont d'une exagération maladive, qui se traduit par un langage souvent recherché; on peut dire d'elle qu'elle est toujours en scène;

mais, à côté de ces symptômes exclusivement de l'ordre intellectuel il y a des symptômes de l'ordre physiologique de la plus haute importance.

Il est certain que cette femme a eu des accidents nerveux constatés à la prison de Saint-Lazare. Pendant presque toute une semaine elle n'a pas dormi, et, sans fièvre, elle a été délirante pendant plusieurs jours. Il lui est impossible de se souvenir de ce qui s'est passé; la nuit, elle se levait, drapée dans sa couverture, elle allait dans sa cellule, parlant, gesticulant, appelant son enfant, qu'elle croyait malade auprès d'elle, troublant, sans en avoir conscience, et sans tenir compte des observations, le sommeil des autres détenues; les hallucinations de la vue ont été très-manifestes, et pendant quatre jours surtout, ces faits se sont reproduits avec des caractères tels qu'on n'a pas hésité à la considérer comme une malade. Aujourd'hui, ces troubles nerveux ont beaucoup diminué, elle a été soumise à un traitement régulièrement suivi, elle a eu un peu de sommeil, beaucoup moins de cauchemar et d'agitation; elle ne parle plus en dormant, et si elle ne dort pas, elle peut rester dans son lit, elle n'est plus poussée par l'irrésistible besoin de se lever. Les spasmes, les suffocations ont disparu, et depuis sa dernière époque menstruelle, elle se sent elle-même physiquement beaucoup mieux. Seulement elle nous paraît souffrir beaucoup de sa situation; elle est la plupart du temps absorbée dans de profondes tristesses; elle ne parle pas, ne répond guère à ce qu'on lui dit, et selon l'expression de la religieuse qui la surveille : « on voit que sa tête est ailleurs ». Elle nous dit : « Le chagrin est là, dans ma tête, je le sens prêt à éclater, je me contiens; si vous saviez comme j'ai été délaissée, on ne m'a vu ici que pleurer et souffrir. »

Ses lettres, que nous avons examinées avec le plus grand soin, sont pleines de phrases à effet; elles sont parfois incohérentes, non pas que l'idée qui la domine ne s'y laisse parfaitement deviner, mais par suite du tumulte, du désordre

de ses sentiments. Elle y parle de son enfant dans des termes d'une exagération voisine des aberrations intellectuelles. Nous pouvons, sans nous départir de la réserve que nous devons garder en présence de confidences absolument intimes, reproduire le passage suivant, qui donnera la mesure de son exaltation :

« Si les esprits veillent sur les âmes ulcérées, qu'ils m'appellent à eux lorsque j'aurai revu mon ange dans une atmosphère digne de lui..... Oui, le revoir sous un beau ciel, dans la forêt silencieuse, près des fleurs ; ah ! mon ange aux cheveux blonds, c'est lui, c'est vous !..... qu'il m'embrasse encore et après, après, que Dieu m'appelle, je serai digne de lui, car d'où je suis, on ne sort que perdue ou martyre !... » (Lettre du 30 juin 70.)

Presque dans chacune de ses lettres, elle répète plusieurs fois, après avoir exprimé tous ses regrets des chagrins qu'elle a causés autour d'elle : « Et pourtant, Dieu sait tout. » — A côté de ces phrases si singulièrement exaltées, arrivent, sans transition, des demandes, tantôt d'un peu d'argent, tantôt d'objets de toilette ; et tout cela sans ordre, au courant de la plume, exprimant, mieux encore que ne le pourrait faire pour nous une conversation dans laquelle les questions la maintiendraient et lui serviraient comme de point d'appui, la mobilité de ses idées : une demi-conscience de son état apparaît dans quelques-unes de ces lettres. Il semble qu'elle ait peur de son exaltation ; elle sent qu'elle ne se dirige plus. — « Mon enfant, écrit-elle, que va-t-il devenir ? quelle fatalité étrange ! — Mais il va mourir sans moi ! et moi sans lui — ah ! c'est pire que la mort, je le sais, c'est la folie avec ses horreurs, avec toutes ses terreurs ! Oh ! mon Dieu !—j'ai perdu l'estime du monde, j'ai perdu plus encore ; mais mon Dieu ! tout, mille morts, je les accepte, mais rendez-moi mon enfant — ne m'en séparez pas, que je le voie, que je le soigne encore pour qu'il ne meure pas ! Dieu ! quelle folie inexplicable,

quel délire m'a poussée, qu'ai-je fait! — mais vous savez tout, mon Dieu! »

Nous avons cherché à savoir d'elle comment s'étaient produits les faits incriminés. Nous n'avons eu à cet égard que des réponses incomplètes. Ce qu'elle affirme avec le plus d'énergie, c'est qu'elle n'a jamais eu l'intention de voler; que s'il est resté chez elle différents objets dont on n'a pas pu justifier la provenance, c'est moins à elle qu'il faut s'en prendre qu'à la négligence des chefs des maisons dans lesquelles elle se présentait; on lui apportait des objets à choisir, on les laissait à sa disposition, et on ne venait pas les reprendre. Cette explication ne nous paraît pas très-sincère; ce qui nous semble beaucoup plus vrai, c'est l'impulsion morbide, irrésistible, dont elle se rend compte, et qu'elle décrit ainsi : « Il y a des moments où je ne sais plus ce que je fais ; il m'arrive tout à coup, au milieu de la rue, de m'arrêter court. J'appelle mon enfant, comme si je l'avais perdu, il est là, tout près de moi, je ne le vois pas. — D'autres fois, je suis agitée, inquiète, j'éprouve le besoin de sortir ; si je vois quelque chose qui me plaît, je veux le posséder, je ne pense pas à ce que cela peut coûter, il me le faut, et si je rencontre un obstacle, je suis beaucoup plus troublée encore, je désire plus vivement; il m'arrive ainsi de me faire remettre des objets dont je n'ai pas besoin, et qu'à un autre moment je ne chercherais pas à me procurer. On ne me refuse rien, j'ai tout ce qu'il me faut, mais quand je me sens prise du désir d'avoir un objet, rien ne me m'arrête plus, je ne pense plus qu'à cela, c'est comme une idée fixe qui me tourmente jusqu'à ce que je l'aie satisfaite. C'est surtout au moment de mes époques que je suis ainsi agitée; après cela, je suis plus calme, mais j'ai bien souvent aussi de l'abattement; je suis triste, je souffre, et quand mes nuits sont très-mauvaises, quand je suis très-tourmentee par mes visions, j'ai l'idée de me faire mourir; c'est la pensée de mon enfant qui m'a retenue. »

Cette idée du suicide, nous l'avons retrouvée dans les lettres ; elle y est exprimée nombre de fois, mais nous n'avons pas appris qu'aucune tentative ait été faite.

Nous n'avons pas constaté d'accès d'hystérie convulsive ; mais l'ensemble des phénomènes physiques relevés par nous établit de la manière la plus absolue, la plus nette, l'existence de cette névrose, avec la prédominance des troubles psychiques si souvent observée dans cette affection.

III.

Il est en effet scientifiquement démontré aujourd'hui qu'une classe très-nombreuse d'aliénées, confondues autrefois parmi les maniaques, les mélancoliques, les aliénées avec délire de persécution, est constituée tout entière par des malades atteintes d'hystérie. Et dans cette forme à laquelle on a donné le nom de folie hystérique (Marcé, J. Falret, Moreau de Tours), ou plus spécialement de folie névropathique (Moreau de Tours), les caractères dominants sont l'exaltation de la sensibilité morale et affective, les entraînements irrésistibles. Avec des nuances infinies, depuis le délire continu jusqu'au délire impulsif, momentané, essentiellement transitoire, cette classe des aliénations mentales n'en conserve pas moins toujours une physionomie propre, qui permet de la distinguer entre toutes, « la mobilité excessive des phénomènes morbides ». Dans aucune forme, peut-être, la limite entre la raison et la folie n'est plus difficile à établir, tant les manifestations peuvent être soudaines, inattendues. Entre des actes réguliers, normaux, et des déterminations absolument irréfléchies, il n'y a souvent pas d'intervalle appréciable; et l'on voit passer tout à coup les hystériques par les états les plus opposés. Chez quelques-unes, et A. F. est du nombre, l'intelligence ne paraît pas troublée; il suffit d'une intervention étrangère au milieu habituel pour que toutes les mani-

festations intellectuelles soient régulières, normales, et pour que « l'activité » ne semble pas réduite. Mais, dès que ces malades sont livrées à elles-mêmes, l'activité instinctive ou spontanée reprend immédiatement le dessus, l'intervention de l'intelligence est anéantie, l'activité réfléchie disparaît, et avec elle, par conséquent, l'imputation morale. On ne trouve plus comme mobiles des actes, qu'un désir; il n'y a plus d'examen, plus de délibération, il n'y a plus qu'un entraînement fatal; et cet entraînement devient d'autant plus impérieux que des conditions d'hérédité morbide sont venues compliquer la situation, créer, au point de vue de ce que nous pouvons appeler la résistance morale, un état évident d'infériorité.

Ces conditions, nous les trouvons chez A. F. Son père est mort aliéné. Dès son enfance elle a été sujette à des accidents nerveux parmi lesquels les troubles du sommeil nous paraissent les plus importants. Plus tard, sa sensibilité affective s'exalte outre mesure; elle a, de plus, avec une intelligence très-active, des déterminations hardies que suivent de près de profondes défaillances. Elle a d'elle-même une opinion très-haute, et bientôt elle doute de tout; et avec une mobilité dont nous retrouvons à chaque instant la trace, elle ne peut mener à bien aucune des entreprises qu'elle a commencées. Chez elle, tout est désordre, et dans les actes incriminés eux-mêmes, on peut reconnaître les caractères propres aux actes irréfléchis. Elle entasse dans son armoire les objets qui l'ont attirée, qu'elle a désirés, dont elle s'est emparée avec habileté peut-être, mais avec une absence complète de discernement. Elle ne tire pas profit de ses larcins; ils s'accumulent chez elle; à peine a-t-elle satisfait l'impulsion qui la domine, qu'il se fait en elle, ce qui se produit chez tous ces malades, le calme, le repos, et aussi l'oubli. L'enquête a révélé la présence de neuf châles qui n'avaient pas servi, de cinq corsets, de dix-neuf filets, de chemises de batiste, de coupons

de dentelles et de guipures, etc.; on eût pu y ajouter encore un nombre considérable d'autres objets qu'elle avait payés, et dont l'inutilité n'était que trop facile à démontrer.

IV.

Nous croyons pouvoir affirmer avec la certitude la plus absolue, la plus entière, que nous avons eu à examiner une malade, chez laquelle les troubles nerveux ne sont pas arrivés à un degré d'intensité telle que la folie, proprement dite, c'est-à-dire un état continu de délire, en ait été la conséquence, mais chez laquelle ces troubles ont porté une atteinte profonde à l'exercice normal des facultés intellectuelles. Nous ne pouvons pas dire qu'elles soient toujours altérées, mais nous avons constaté une évidente infériorité, malgré les apparences parfois brillantes, et nous sommes convaincus de l'influence des prédispositions héréditaires fâcheuses qui pèsent sur A. F. Pour nous, ce n'est pas une aliénée dont l'état réclame le placement dans un asile, c'est un de ces êtres faibles, incapables de se diriger sainement dans la vie, placés toujours par la maladie sur la limite indécise entre la raison et la folie; obéissant, presque sans résistance, à toutes les sollicitations instinctives, elle appartient à cette classe si nombreuse de débiles, que MM. Blanche et Lasègue ont si justement, dans un rapport médico-légal, caractérisés du nom de valétudinaires intellectuels.

En conséquence, nous pensons, dans notre honneur et conscience, qu'A. F. ne saurait être considérée comme absolument responsable des actes qui lui sont imputés.

Paris, le 21 août 1870.

A. Motet.

Le tribunal, acceptant les conclusions de ce rapport, a prononcé l'acquittement de A. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique.

Séance du 31 juillet 1871. — Présidence de M. Lasègue.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

M. le Dr Magnan, médecin répartiteur au bureau d'examen de l'asile Sainte-Anne, adresse une lettre au président de la Société, dans laquelle il demande le titre de membre résidant.

Une commission, composée de MM. Fournet, Jules Falret, Legrand du Saulle, rapporteur, est chargée d'apprécier les travaux envoyés à l'appui de cette candidature.

M. Bouchereau, médecin répartiteur à l'asile Sainte-Anne, adresse la même demande à la Société. Une Commission composé de MM. Lunier, Foville et Motet, rendra compte des travaux de M. Bouchereau.

M. Drouet, médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard, demande le titre de membre correspondant. Une Commission composée de MM. Billod, Dagron et Foville, appréciera les titres du candidat.

Présentations.

M. le Dr Lunier présente, au nom de M. Giovanni Tonino, membre correspondant de la Société, médecin de l'asile d'aliénés de Turin, une brochure intitulée : *La Gymnastique et les Fous.*

M. Brierre de Boismont fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Ignacio Zani, membre correspondant : 1° d'une brochure intitulée : Considérations sur quelques cas de folie, consécutifs aux troubles que cause l'application de la taxe sur la farine ; 2° d'un discours prononcé à la première séance annuelle de la Société de Patronage pour les aliénés convalescents de la province de Bologne.

Au nom do M. Carlo Livi, membre correspondant, d'un

mémoire sur la mélanose du cerveau dans un cas de paralysie progressive.

M. le Dr Sandras adresse à la Société un exemplaire de son rapport général sur le service médical pendant le siége de Paris.

M. Lasègue, à propos de ces présentations, demande ce que deviennent toutes les brochures qui nous sont adressées. Il exprime le regret que la Société n'ait pas un local où ses collections puissent être conservées, où une bibliothèque serait installée. Il demande s'il ne serait pas opportun de constituer, en se réunissant à d'autres Sociétés, une sorte de Société fédérative; de trouver un local où nous serions chez nous, où nos archives seraient conservées, où nous pourrions nous réunir sans avoir rien à demander à personne?

M. Lunier. Ce projet a déjà été discuté dans d'autres Sociétés. Les Sociétés d'anthropologie, de météorologie, de géologie, se sont préoccupées de trouver un local; il serait utile que la Société médico-psychologique nommât une Commission.

M. Loiseau. Il y a une grande difficulté à vaincre... nous n'avons pas d'argent.

M. Lunier. Je crois que le jeton de présence dans notre Société a une valeur trop élevée. Chaque membre reçoit les *Annales*, et s'il assiste régulièrement aux séances, il n'a que 6 francs à payer par an. Je crois qu'il est utile d'étudier cette question.

M. Lasègue. Je propose qu'on en délibère dans la prochaine séance.

M. Lunier. Je rappelle à la Société que nous devons nous réunir en assemblée générale le dernier lundi d'octobre. A cette époque, ainsi qu'il résulte d'une lettre de M. le professeur Tardieu, l'Association des médecins de France tient aussi sa séance générale annuelle. Je propose à la Société, pour laisser toute leur liberté à ceux de nos collègues qui appartiennent à l'Association générale, de changer notre jour, et de nous réunir le samedi 28 octobre.

Adopté.

Rapport de candidature.

M. Lunier fait un rapport verbal sur la candidature de M. Hildenbrand, au titre de membre correspondant.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées à l'unanimité.

M. Hildenbrand est nommé membre correspondant de la Société.

De l'emploi des bromures dans le traitement des maladies nerveuses.

M. Legrand du Saulle. Le 28 juin 1870, s'est ouverte ici la discussion sur les bromures alcalins. M. Jules Falret est entré le premier en lice, et il a inauguré le débat en traçant un programme. Selon lui, les points principaux à étudier étaient les suivants : 1° l'action physiologique ; 2° le mode d'administration ; 3° les effets thérapeutiques ; 4° les cas qui paraissent être les plus favorables et les accidents résultant de la médication.

Notre honorable collègue a principalement insisté sur l'acné bromique, et il a eu raison, car l'éruption constitue, en général, le phénomène le plus constant et le plus tenace, et il a déclaré ensuite que le sel bromique réussissait d'autant mieux que le malade était plus intelligent et qu'il n'avait que de grandes attaques. Bien que j'aie, séance tenante, répondu déjà en partie à l'argumentation de M. Jules Falret, je me réserve de revenir tout à l'heure sur quelques-uns des points qu'il a rapidement esquissés.

M. Auguste Voisin a passé en revue, dans la séance suivante, les cinq questions que voici : 1° phénomènes physiologiques; 2° surveillance de l'action médicamenteuse ; 3° troubles cérébro spinaux ; 4° accidents secondaires qui résultent de la cachexie bromique ; 5° action thérapeutique chez l'adulte et chez l'enfant. Il a établi que, dès que l'on s'approche de la dose de 4 grammes de bromure de potassium par jour, la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, de la base de la langue et de l'épiglotte est considérablement diminuée ou abolie.

C'est également vers cette même dose que débute l'acné, et l'acné n'est que le point de départ de toutes ces manifestations cutanées, de caractères différents, qui vous ont été exposées ici avec un soin si scupuleux.

Tous les phénomènes qui se passent du côté de la peau sont sans influence sur l'issue de la névrose, sans action significative sur le pronostic. M. Jules Falret a cru pouvoir considérer l'intensité de l'éruption comme un indice favorable, mais je ne partage pas sa manière de voir. Dans quelques cas cependant très-heureux, je n'ai eu aucune apparition cutanée. D'ailleurs, à un âge avancé de la vie, l'acné bromique se montre à

peine ou manque tout à fait, lorsque l'affection convulsive s'amende néanmoins de la manière la plus notable !

M. A. Voisin étudie sans relâche l'état des actes réflexes qui appartiennent au bulbe et à la moelle, et il promène, par exemple, une grande cuiller de bois à la base de la langue jusqu'à l'épiglotte et il titille les narines ou les fosses nasales avec une barbe de plume. Sur 40 cas il a supprimé 37 fois la nausée réflexe, et sur ses 37 malades 17 ont guéris. Donc, pense-t-il, l'abolition de la nausée réflexe est un signe favorable.

Tel est en ce moment l'état de la question, tels sont les faits que la discussion de 1870 a fait connaître.

MM. J. Falret, A. Voisin et moi, nous avons toujours été absolument d'accord, à quelques détails près, sur tous les points qui se rapportent à cette question si grave des névroses convulsives et des bromures alcalins. Tout le bien que l'on peut dire du bromure de potassium, nous l'avons dit. Il faut, dès lors, vous en conviendrez, que le médicament ait une efficacité très-sérieuse ! Je ne vais, par le fait, que me trouver plus à l'aise pour vous signaler maintenant tous les méfaits du précieux agent thérapeutique. Nous avons été trois pour vous présenter l'effigie de la médaille, mais je vais être seul pour vous en faire toucher le revers.

Me plaçant sur le terrain de la pratique urbaine, je trouve qu'il a été suffisamment question ici de l'épilepsie et de son traitement, et j'ai hâte de vous parler des épileptiques et de leurs familles.

Les reproches motivés que j'adresse à la médication bromurée consistent principalement dans l'air de satisfaction niaise et étonnée que présentent bientôt les malades, dans la stupeur légère et l'assoupissement, dans la dissociation commençante des idées et des mots, dans la difficulté pour écrire, dans les changements qui se manifestent dans le corps de l'écriture et dans la malheureuse et inconsciente facilité à écrire un mot pour un autre, comme le font, par exemple, certains aphasiques.

L'anaphrodisie, qu'il faut toujours avoir la précaution d'annoncer, cause parfois de grandes douleurs domestiques et n'est pas toujours supportée avec résignation ! Elle peut conduire aux plus fâcheuses catastrophes et aux résolutions les plus inattendues. L'acné est souvent très-rebelle et comme les malades — aussi bien que beaucoup de médecins — ne supposent pas que le brôme puisse en être la cause unique, ils

vont consulter des dermatologistes, se soumettent à une médication arsénicale, prennent des bains de vapeur ou des bains sulfureux et finissent par faire un regrettable abus des ressources de la thérapeutique. Pendant longtemps, je n'ai rien fait contre l'acné bromique, puisqu'il suffisait de suspendre le sel pour faire pâlir et disparaître l'éruption, mais, par une singulière coïncidence, on m'a amené depuis quelque temps trois jeunes filles de dix-huit à vingt ans, atteintes de névrose convulsive et très-améliorées par l'usage du bromure de potassium, mais très-affligées par la persistance d'un acné facial intense. J'ai refusé de suspendre le traitement, mais j'ai prescrit simultanément de l'arsenic. J'avais, il faut bien le dire, la main un peu forcée, car j'avais instinctivement quelque répugnance à médicamenter de la sorte ces trois malades; eh bien, l'acné a presque disparu, la peau du visage est devenue lisse et luisante et les accidents nerveux ont continué à ne pas reparaître.

L'usage du bromure de potassium occasionne une fétidité très-marquée de l'haleine, et vous vous souvenez, du reste, que βρωμος veut dire fétide. C'est là encore un inconvénient très-sérieux. — J'étais un jour chez un chirurgien et j'y rencontre Cabarrus. On nous présente l'un à l'autre. Au bout de quelques jours, Cabarrus m'appelle en consultation chez une femme de théâtre qui, à divers titres, s'est acquise une grande célébrité. Je prescrivis du bromure de potassium et il fut convenu que je reverrais la malade tous les dimanches à onze heures du matin. L'artiste alla mieux, mais ses amis désertèrent son hôtel. L'odeur bromée déposait contre le médecin. Je fus congédié.

Afin de diminuer cette fétidité de l'haleine, il faut faire prendre le bromure de potassium une ou deux minutes avant le repas, ou par la voie rectale, dans un quart de lavement, vingt minutes avant le repas.

J'ai administré le bromure de potassium en lavement chez un gastralgique que des préoccupations hypochondriaques constantes tourmentaient au suprême degré, et j'ai remarqué, au bout d'un certain temps, que je n'avais pas diminué chez lui la sensibilité pharyngienne, mais que j'avais anesthésié le rectum. Étant affecté d'hémorrhoïdes douloureuses, ce malade, sur mon conseil, s'introduisait tous les soirs dans l'anus un petit corps gras, et ce fut lui qui découvrit de la sorte « *la paralysie de son gros intestin.* »

On sait que le bromure de potassium anesthésie le col de la vessie et l'urèthre dans l'uréthrite aiguë et dans la cystite chronique, et l'on se souvient que les lithotriteurs, à la veille de l'introduction de leurs instruments, s'assurent, à l'aide de quatre grammes de sel bromique, de la docilité tolérante des voies urinaires; eh bien, ces faits étant acquis, l'anesthésie du voile du palais ne tient-elle pas à ce qu'une partie du bromure serait éliminée par ces muqueuses? Le sel bromique, par une action anesthésique locale, n'insensibilise-t-il pas les nerfs du voile du palais? Je recommande ce point délicat à toutes les méditations de M. A. Voisin.

Il y a autre chose. Le médecin doit, à mon avis, faire la plus grande attention à la base alcaline du sel bromique. Qui vous dit qu'il sera inoffensif d'introduire chaque jour de cinq à dix grammes d'un sel de potasse dans le sang et de changer ainsi l'économie chimique du sérum, lequel doit son alcalinité à la soude? J'ai fait consulter sur cette question M. Balard, qui découvrit le brôme, en 1826, et l'illustre chimiste a répondu que le bromure de sodium était beaucoup plus inoffensif que le bromure de potassium, et c'est bien là ce que j'avais pensé tout d'abord.

Le bromure de potassium occasionne des transformations très-bizarres et imprime parfois aux malades des modifications étranges dans le caractère. Une jeune femme qui a été longtemps traitée par M. Andral et que M. Potain m'a adressée, il y a deux ans, n'a plus de crises épileptiques depuis dix-huit mois, mais elle est devenue irritable, quinteuse, inabordable. Elle lit ou écrit pendant une très-grande partie de la nuit et elle se lève à deux heures de l'après-midi! — Un officier supérieur, à son retour de captivité en Prusse, trouve sa femme extrêmement améliorée, mais il déclare qu'elle est devenue tellement difficile à vivre qu'il verrait reparaître les attaques convulsives presque sans déplaisir!

Certains épileptiques à grandes attaques vont très-bien et ne tombent plus du tout, mais, en revanche, ils sont tourmentés par de fréquents vertiges. On suspend le bromure de potassium, les vertiges disparaissent, mais les grandes attaques reviennent. Depuis deux ans, M. le docteur Monod m'a confié un jeune Anglais qui passe invariablement par ces alternatives. J'ai beaucoup varié mes expérimentations bromiques dans ce cas et j'ai finalement à peu près échoué!

Malgré toutes mes sévérités dans l'appréciation des effets

produits par la médication bromurée et, malgré les reproches si durs que je viens de diriger contre le sel que nous employons tant aujourd'hui, je déclare que nous sommes certainement en possession d'un médicament très-sérieux, très-profitable, et qui restera dans les habitudes de la thérapeutique usuelle.

En dehors de l'épilepsie et de tout le chapitre des névroses, le bromure de potassium est un hypnotique précieux. Il n'a pas les inconvénients de l'opium : il laisse l'appétit intact, la tête fraîche et l'intestin libre. Tout récemment, je m'en suis largement servi à Bicêtre. Dans l'espace de six mois, il est entré, dans les salles de mon service, 1,427 militaires variolcux, et j'ai certainement prescrit plus de cent fois le bromure de potassium, à la dose de 2, de 3 ou de 4 grammes en potion, lorsque j'avais à lutter contre l'insomnie, contre des troubles nerveux graves, désordonnés, tumultueux, ataxiques, et je dois dire que je m'en suis généralement bien trouvé.

En ville, et même dans quelques services des hôpitaux de Paris, le bromure de potassium est mal administré et on arrive, par une progression croissante infiniment trop rapide, à fatiguer les malades et à déterminer chez eux des troubles gastriques, de l'hébétude et de l'adynamie. Dans l'intérêt général, nous devons, d'abord par notre enseignement, et ensuite par nos discours dans les sociétés savantes, nos ouvrages ou nos mémoires, vulgariser le mode si important d'administration du médicament. Nous devons éclairer nos confrères et instruire nos élèves. Sans cela, nous laisserons commettre au brôme encore plus d'un méfait!

Pour moi, lorsqu'un épileptique a été un an sans crises, je donne le médicament de deux jours l'un pendant la première quinzaine de chaque mois et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Au bout de dix-huit mois de suspension convulsive, je donne le bromure de trois jours l'un pendant la première quinzaine et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Au bout de deux ans, j'administre le médicament de quatre jours l'un pendant la première quinzaine du mois et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite. Or, grâce à cette persévérance aussi rigide que méticuleuse, je compte de véritables succès.

Le système généralement en vigueur des doses décroissantes au bout d'un certain temps, est une manœuvre thérapeutique pitoyable. Les malades retombent peu à peu; ils se *débromurent*

petit à petit, et finissent un beau jour par se retrouver au point de départ, aussi épileptiques qu'avant le traitement ! Je m'étonne que M. J. Falret se soit montré partisan de ce système, et je le regrette sincèrement; mais notre honorable collègue, dont l'excellent esprit nous est si connu, ne persévérera pas à coup sûr dans cette fausse voie, et personnellement je serai très-heureux de sa conversion.

Je termine et je dis que nous devons nous montrer très-sobres d'engagements et de promesses vis-à-vis des malades et de leurs familles; que le bromure de potassium peut complétement et absolument suspendre les attaques épileptiques, mais qu'il ne guérit probablement pas l'épilepsie; que le traitement par la médication bromurée doit être continué pendant un certain nombre d'années, et qu'il y a lieu de rechercher si, à efficacité égale, nous ne devrions pas substituer le bromure de sodium au bromure de potassium.

M. J. Falret. Il y a un point qui mérite d'être étudié. Dans quelles circonstances reviennent les attaques ? On les voit reparaître tantôt deux ou trois jours après la cessation du médicament, tantôt deux mois et plus. M. Legrand du Saulle ne nous a pas fixés sur les conditions qui lui paraissent provoquer ou favoriser le retour.

M. A. Voisin. J'ai observé plusieurs cas d'éruptions acnéiformes et d'ulcérations à la suite de l'administration des bromures. Je n'ai jamais obtenu de succès avec l'acide arsénieux. Je me souviens, entre autres, d'un enfant qui avait un ulcère à la jambe, Je l'ai envoyé chez M. le Dr Hardy, qui a conseillé l'arsenic, la guérison n'est pas venue. Il est vrai que je continuais le bromure de potassium. Voyant que l'ulcération ne se modifiait pas, j'ai suspendu le bromure pendant douze jours, l'enfant a guéri. J'admets très-bien que l'acné est une affection incommode, douloureuse même : les malades l'acceptent ; cependant, je prends la précaution de les prévenir, dès le début du traitement, qu'ils en sont menacés, ils s'y résignent quand elle apparaît. Ce que je cherche, c'est de gagner cinq ou six mois ; à cette époque, le médicament a agi physiologiquement ; je le suspends alors ou je diminue les doses, en étudiant avec le plus grand soin les phénomènes réflexes, et j'élève de nouveau la dose du médicament dès que la sensibilité réflexe reparaît.

On a parlé de la fétidité de l'haleine ; c'est en effet une des conséquences désagréables de l'absorption du médicament.

J'ai donné le bromure par le *rectum*, chez une dame épileptique très-hypocondriaque. Les phénomènes de sensibilité réflexe ont disparu dans l'arrière-gorge. Il faut bien distinguer entre ces phénomènes de sensibilité réflexe et la sensibilité tactile du pharynx. Cette dernière est conservée quand la sensibiilté réflexe a disparu. Pour moi le critérium est tout entier dans la disparition des phénomènes réflexes. Dès qu'elle est constatée, je n'élève plus la dose du médicament : je suis convaincu que c'est à cela que je dois d'avoir moins d'éruptions acnéiformes. Je ne diminue pas la dose d'emblée, je suspends le médicament pendant un jour ou deux, et je le reprends à la même dose, pour le suspendre encore. C'est là le procédé qui me semble le mieux réussir.

Quant aux bromures de sodium, d'ammonium, de fer, je ne suis pas fixé sur leur action. Le bromure de fer en particulier m'a paru insuffisant.

M. Lasègue. Le procédé dont parle M. Voisin, de suspendre un ou deux jours et de reprendre à la même dose, n'est pas nouveau. Torti n'agissait pas autrement pour la quinine; il éloignait les doses, sans les diminuer.

Je ne suis pas absolument frappé de la rigueur du procédé d'investigation de l'arrière-gorge. Je ne crois pas qu'on doive s'en rapporter toujours à l'état de sensibilité ou d'insensibilité du pharynx. Il n'y a pas un médecin qui se soit occupé des affections de cette région, qui ne sache qu'on arrive très-vite à une sorte de tolérance pour les corps qu'on dirige jusque dans l'arrière-gorge. Il y a même un tour de main qu'on acquiert vite dans l'exploration. Je ne pense pas qu'on doive plus s'en rapporter à cette insensibilité réflexe dans l'administration du bromure, qu'on ne s'en rapporte à la dilatation des pupilles dans l'administration de la belladone: il n'est pas toujours possible de prendre comme critérium, comme thermomètre pour ainsi dire, cette dilatation pupillaire.

M. A. Voisin. Ce n'est pas la même chose. Quand vous donnez la belladone, vous agissez sur un point seulement. Cela ne prouve pas que vous ne deviez pas aller plus loin. Mon exploration est poussée jusqu'à la trachée; si je provoque des mouvements réflexes, je donne le bromure à doses plus élevées; quand la sensibilité réflexe disparaît, les attaques cessent. J'ai donc le droit de conclure que toute l'action physiologique du médicament est produite, que le moment est arrivé de cesser d'augmenter la dose.

M. Lasègue. J'insiste sur la facilité avec laquelle la sensibilité du pharynx s'éteint, au bout d'un certain temps d'examen, pour des affections de l'arrière-gorge. J'en ai vu de complétement insensibles après quelques manœuvres.

M. Voisin. Et moi j'ai vu un certain nombre de malades chez lesquels le retour des attaques a exactement coïncidé avec le retour de la sensibilité réflexe du pharynx. Mais avant tout, ce que je tiens à bien préciser, c'est que les doses ne doivent plus être élevées du moment où l'insensibilité est constatée.

La séance est levée à 6 heures.

A. Motet.

Séance du 28 octobre 1871. — Présidence de M. le professeur Lasègue.

MM. Morel et Mundy, membres correspondants, assistent à la séance.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Président donne quelques explications sur la modification de l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui, modification dont les membres ont été prévenus ces jours derniers. Le 31 juillet dernier, il avait été convenu que la Société prendrait, comme d'ordinaire, des vacances de deux mois et que la séance de rentrée, à la fin d'octobre, serait en même temps la séance annuelle, d'autant plus importante, cette année, que M. le Secrétaire général devait y lire des notices biographiques sur les deux membres éminents que la Société a récemment perdus, MM. les Drs Falret et Mitivié.

Différentes circonstances n'ont pas permis de donner suite à ce projet, notamment le fait de la réunion, en ce moment même, des conseils généraux. M. le Secrétaire général, membre du conseil général de la Seine, n'a pas eu le temps nécessaire pour écrire les notices qu'il devait lire ; et la session des conseils généraux, dans les autres départements, retient les médecins des asiles de province qui, sans cette circonstance, seraient venus assister à notre réunion.

Il a donc paru nécessaire au bureau de remettre à une autre époque la solennité projetée pour aujourd'hui. Notre séance actuelle va être une séance ordinaire et nous vous proposerons de remettre au 18 décembre prochain la séance annuelle.

Cette proposition est adoptée par la Société.

Correspondance.

La Société reçoit des lettres de :

M. Alfred Maury, qui demande à échanger son titre de membre résidant de la Société, contre celui de membre honoraire.

M. Maury remplissant les conditions stipulées par l'art. 4 des Statuts, la Société est consultée sur la suite à donner à cette demande. Elle vote à l'unanimité l'admission de M. A. Maury parmi ses membres honoraires en exprimant ses vifs regrets de ce qu'il cesse d'être membre résidant.

M. Prosper Lucas, qui sollicite le titre de membre résidant. Sa demande est renvoyée à une commission composée de MM. Brierre de Boismont, Jules Falret et Dagonet.

M. le Dr Papillaud, qui remercie la Société de l'avoir admis au nombre de ses membres correspondants.

La Société apprend, en outre, avec regrets la mort récente du Dr Castiglioni (de Milan) membre correspondant.

Présentations.

La Société a reçu de :

M. Bulard : Rapport médical sur le service de la division des femmes de l'asile de Maréville pour l'année 1870.

M. Prosper Despine (de Marseille), deux brochures intitulées : *Le démon alcool, ses effets désastreux sur le moral, sur l'intelligence et le physique.* — *De l'imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent.*

M. Guiseppi Mastrianni. *Notomia morale ossia calcolo di probabilite dei sentimenti, delle passioni et degli atti umani.*

Incident.

M. le Dr Mundy qui, par suite de son éloignement de Paris, n'avait pas assisté aux réunions de la Société depuis 1867, fait remarquer que dans un article le concernant et inséré dans le n° de septembre 1869 des *Annales médico-psychologiques*, il y a, page 311, un renvoi fait d'une manière incomplète, ce qui pourrait occasionner un malentendu désagréable pour lui. Ce renvoi est ainsi conçu : (Voir les *Annales* de 1869 p. 179), alors qu'il aurait été nécessaire de spécifier que l'on renvoyait à la page 179 du 1er volume de 1869 et non à celle du 2e volume. M. Mundy se contente de demander que la né-

cessité de cette rectification soit indiquée dans le procès-verbal.

M. Lunier répond, comme rédacteur des *Annales*, celles-ci se trouvant en cause, bien plus que la Société médico-psychologique, puisque l'article en question ne fait pas partie des travaux de la Société. Il affirme que l'omission a été tout à fait involontaire et qu'elle n'a pu voir aucun caractère désobligeant pour M. Mundy.

M. Moreau de Tours s'associe à cette assurance au nom de tous les membres de la Société.

Un mariage in extremis.

M. Lasègue lit, sous le titre de *Un mariage in extremis*, une observation intéressante qui sera insérée dans le nº de janvier des *Annales*.

A la suite de cette communication, MM. Lunier, Lasègue et Fournet échangent quelques observations sur la nature présumée des accidents qui ont amené la mort et sur les raisons qu'il pourrait y avoir pour leur attribuer un caractère goutteux : mais ils s'accordent à reconnaître que les éléments d'un diagnostic tant soit peu précis font complétement défaut.

La séance est levée à 6 heures.

Ach. Foville.

REVUE ANTHROPOLOGIQUE.

Discussion sur le transformisme. — Le groupe humain, placé en tête de la série animale, forme-t-il un ordre à part, celui des bimanes, ou seulement une famille de l'ordre des primates? — Tous les singes peuvent-ils descendre d'une même souche, et cette souche unique peut-elle être commune à l'homme et aux singes? — Les singes anthropomorphes ou anthropoïdes. — Leurs analogies anatomiques avec l'homme. — Différences profondes qui les distinguent, sous le rapport physiologique. — Théorie du transformisme. — Objections à lui adresser. — Ses conséquences sociales.

« Démontrer qu'au point de vue anatomique, les caractères différentiels des familles de singes sont plus considérables que les caractères différentiels des hommes, d'une part, et de ces mêmes singes pris en bloc, de l'autre, » telle est, avons-nous dit en terminant notre dernière Revue, la thèse que M. Dally s'était engagé à soutenir devant la Société d'Anthropologie, et qui devait fournir, pensait-il, un argument d'une grande valeur en faveur de la théorie du *transformisme*, d'après laquelle l'homme et le singe auraient une origine commune.

On le voit, c'est toujours la grande question du mode d'apparition de l'homme sur la terre qui se retrouve au fond des principales discussions de la Société ; c'est toujours ce problème qui sollicite le plus vivement les recherches et les études.

(1) Cette Revue n'embrasse les travaux de la Société d'Anthropologie que pendant les dernières séances de 1868, et celles du premier semestre de 1869, les seules dont les comptes-rendus soient publiés, à l'époque où nous écrivons (août 1871). La discussion sur le transformisme était alors loin d'être épuisée ; car elle s'est prolongée pendant une partie de 1870. Mais nous ne faisons, pour le moment, aucune allusion à la période de cette discussion dont le texte imprimé n'est pas encore entre nos mains ; il y sera bientôt, la reprise de la publication des Bulletins, interrompue par les événements de 1870-71, étant annoncée comme très-prochaine.

Il ne sera sans doute pas inutile de rappeler, par quelques explications préalables, en quoi consiste, au juste, cette question de transformisme et de montrer l'intérêt qui s'attache à sa solution.

Depuis qu'on s'occupe d'histoire naturelle, on a reconnu la nécessité d'établir une classification parmi les êtres organisés ou inorganiques dont l'étude fait l'objet de cette science, et tous les auteurs ont été d'accord pour assigner à l'homme la première place en tête des règnes de la nature. Sur ce point il ne saurait y avoir de doute sérieux.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de déterminer la valeur taxonomique du groupe humain.

On sait que la première distinction établie, de tout temps, parmi les objets naturels, consiste à les diviser en trois règnes : le règne minéral, le règne végétal et le règne animal.

Ce dernier, le seul dont nous ayons à nous occuper ici, est composé, d'après l'opinion la plus généralement adoptée, d'une quantité innombrable d'espèces animales qu'on peut ranger de manière à former une série plus ou moins régulière, depuis les plus complexes et les plus parfaites, jusqu'aux plus simples et aux plus rudimentaires. Cette série, qui joue un rôle si important en zoologie, est fragmentée elle-même en un certain nombre d'embranchements ; les embranchements en classes et en sous-classes ou tribus ; celles-ci en ordres ; puis viennent les dernières divisions, établies sur des différences de moins en moins tranchées : la famille, le genre et l'espèce.

L'homme, avons-nous dit, est placé par tous les naturalistes en tête de la série ; mais à quel titre doit-il y figurer ? Quelle est celle des divisions que nous venons d'énumérer qui doit être choisie comme exprimant le mieux la formule de sa suprématie ? Ici les divergences d'opinion sont nombreuses et profondes.

L'opinion la plus radicale consiste à considérer l'homme comme formant à lui seul un règne à part, aussi distinct des animaux que ceux-ci le sont des végétaux et des minéraux. L'attribut essentiel de ce règne humain serait le développement des facultés intellectuelles, morales et affectives ; et parmi ces facultés la plus caractéristique serait la religiosité qui manque absolument chez tous les animaux et qui existerait, avec de grandes inégalités de développement, mais d'une manière néanmoins reconnaissable, chez tous les hommes. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire est l'auteur de cette théorie, et c'est M. de

Quatrefages qui la professe et la soutient aujourd'hui avec le plus d'autorité.

Pour la plupart des naturalistes, au contraire, l'analogie des caractères physiques, des dispositions anatomiques, l'emporte sur les différences intellectuelles et morales, et l'homme doit être compris dans le règne animal ; ce point de départ une fois établi, il ne saurait être douteux que l'homme, occupant la première place dans la série animale, fait partie de l'embranchement des vertébrés, de la classe des mammifères et de la sous-classe des monodelphiens. Mais ici s'arrête l'accord et commence la controverse. Faut-il considérer l'homme comme formant un *ordre* à part, celui des *bimanes*, bien distinct des animaux placés immédiatement après lui dans la série, c'est-à-dire des singes, qui formeraient, eux, un autre ordre, celui des *quadrumanes ?* C'est là l'opinion de Blumenbach, de Duméril, de Cuvier et de Blainville. Faut-il, au contraire, comprendre l'homme et les singes dans un seul et même ordre, celui des *primates*, ordre qui se partagerait en familles différentes, plus ou moins nombreuses, mais dont la première serait toujours constituée par l'homme seul ? C'est la doctrine de Linnée, de Bory Saint-Vincent, d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, etc. ? Pour personne il ne saurait être question de considérer les singes comme faisant partie du même genre, ni à plus forte raison de la même espèce que l'homme.

Voici donc un premier problème ; le genre *homo*, sur lequel tous les naturalistes sont d'accord, doit-il former, dans la série animale, un ordre, ou seulement une famille (1) ? Certes, ce problème est, par lui seul, très-intéressant et présente, au point de vue de la classification, une importance considérable; mais il en acquiert une bien plus grande encore, par les conséquences éloignées que l'on a prétendu déduire de l'une des solutions dont il est susceptible.

C'est ainsi qu'après avoir cru reconnaître qu'il existe des analogies anatomiques assez intimes entre l'homme et les singes, tels que nous les connaissons aujourd'hui, pour que l'on doive forcément les englober dans un même ordre, certains auteurs modernes ne se sont plus bornés à la simple constatation des faits actuels, et ont voulu se servir de ces faits

(1) D'après Agassiz, la distinction des ordres doit être fondée sur une différence de structure, et celle des familles sur une simple différence de forme, la structure restant la même.

pour s'élever jusqu'à la connaissance des origines primordiales, si mystérieuses jusqu'ici. Ils se sont donc demandé, d'abord, si l'on ne pouvait pas assigner à tous les singes une origine commune; ensuite, pour le cas où cette première hypothèse serait fondée, si l'on ne pourrait pas prétendre que l'homme et les singes peuvent dériver d'une seule et même souche.

La condition première de cette hypothèse reposant sur la propriété qu'auraient les êtres organisés de se modifier assez profondément, de générations en générations, pour constituer des espèces nouvelles, la théorie elle-même a reçu le nom de *transformisme*, et l'on appelle ses partisans des *transformistes*. Nous n'avons pas à examiner le mérite linguistique ou grammatical de ces dénominations; il est certain qu'elles pourraient donner prise à des critiques fondées, mais elles n'en sont pas moins passées dans l'usage, et nous n'avons rien de mieux à faire que de nous en servir; mais nous devions commencer par en expliquer l'origine et la signification.

L'un des ouvrages les plus importants écrits en faveur du transformisme est le livre anglais du professeur Huxley, intitulé la *Place de l'homme dans la nature*; il a été traduit en français par le Dr Dally, grand partisan lui-même de cette théorie. C'est à l'occasion de ce livre, et du défi porté à M. Dally de prouver qu'il y a moins de différence entre l'homme et certains singes qu'il n'y en a entre ceux-ci et certains autres singes, que s'est déroulée, devant la Société d'Anthropologie, la longue et importante discussion qui a rempli la plus grande partie des séances de l'année 1869, et dont nous allons donner un aperçu rapide. Il convient d'abord de dire ce que sont ces singes que l'on considère comme si voisins de l'homme.

Les anciens connaissaient un certain nombre d'espèces animales dont les analogies de forme et d'organisation étaient assez frappantes pour constituer un groupe très-naturel, celui des singes. L'exploration de l'Amérique fit découvrir d'autres espèces, très-voisines des anciens singes, et qui, dans le langage usuel, furent confondues avec eux. Cependant les naturalistes ne réunissent pas, avec la même facilité, les singes de l'ancien monde et ceux du nouveau; ils les considèrent comme constituant deux familles limitrophes, mais distinctes: celle des *pithéciens* qui correspond aux premiers, et celle des *cebiens* qui correspond aux seconds.

Depuis, on a encore découvert d'autres espèces qui ont formé des genres nouveaux, très-analogues aux singes proprement dits, mais ne pouvant pas cependant être confondus avec eux. Les uns occupent dans la série animale une place évidemment inférieure à celle des pythéciens et des cebiens ; ils constituent la famille des *lémuriens* ou faux singes (1) trouvés presque tous à Madagascar.

Les autres, au contraire, habitants de l'Afrique centrale ou de l'Archipel Indien, se rapprochent de l'organisation physique de l'homme beaucoup plus qu'aucun des anciens singes, et à cause de cela on en a fait une famille à part, dite des *anthropomorphes* ou *anthropoïdes;* les genres qui la composent sont au nombre de quatre, et tout le monde les connaît aujourd'hui, au moins de nom : ce sont le gorille, le chimpanzé, l'orang-outang et le gibbon. Les ressemblances de ces singes avec l'homme sont, à quelques égards, si frappantes, que certains naturalistes paraissent disposés à les confondre avec lui et que d'autres voudraient presque confondre l'homme avec eux. Ce sont ces ressemblances qui ont donné lieu à toutes les discussions récentes sur la prétendue origine simienne du genre humain, et, en particulier, à celle qui nous occupe ici. C'est ce groupe des singes anthropomorphes ou anthropoïdes qui en a fait tous les frais, et leur place dans la série animale étant unanimement reconnue comme intermédiaire entre l'homme et les anciens singes, la grosse question est de savoir s'ils se rapprochent davantage du premier ou des seconds.

Il y avait là, avons-nous déjà dit, une double question : l'une purement zoologique, ne se rapportant qu'aux faits biologiques actuels ; l'autre prétendant remonter à la détermination des origines primordiales, et que M. Giraldès a qualifiée à juste titre d'étiologique. Cette seconde était évidemment la plus importante aux yeux de M. Dally ; « pour lui la discus-» sion zoologique n'était que le moyen et le transformisme » était le but (2). » Néanmoins, il n'en a parlé qu'avec une certaine réserve, n'affirmant pas positivement la réalité de sa

(1) Tout récemment, M. Alph. Milne Edwards a proposé de faire des lémuriens un ordre particulier, intermédiaire entre les singes et les carnivores. (*Académie des sciences*, 14 août 1871.)

(2) Broca, Bulletins de 1869, p. 229.

théorie, et se bornant à dire qu'elle n'était ni contraire à l'esprit scientifique, ni en contradiction avec aucune des vérités acquises.

Les autres orateurs qui ont pris part à cette discussion, notamment MM. Broca, Giraldès, Pruner-Bey, Alix ont évité, même après ces réserves, de se laisser entraîner sur le même terrain, et tous ont déclaré que, laissant de côté la question étiologique, ils prétendaient ne traiter que la question de zoologie pure ; mais ils ont eu grand'peine à se contenir dans ces limites et à ne pas toucher, au moins incidemment, à la question des origines.

Afin de mettre de l'ordre dans notre résumé, nous examinerons d'abord ce qui se rapporte à l'anatomie et à la physiologie ; nous parlerons ensuite des origines.

La comparaison anatomique du corps humain et du corps des singes anthropomorphes a été successivement faite, devant la Société, avec de grands détails, par MM. Dally, Giraldès, Alix et Broca. Le discours de ce dernier surtout, est important ; il ne remplit pas moins de 170 pages des Bulletins, et constitue, à lui seul, une monographie des plus complètes et des plus intéressantes, remplie de faits et de raisonnements favorables à la thèse anatomique de M. Dally. Ne pouvant donner ici un exposé même abrégé de tous ces faits, nous indiquerons seulement quelques-uns des points les plus saillants de la discussion ; nous citerons, en particulier : l'étude faite, et refaite successivement par chacun des orateurs, des membres supérieurs et inférieurs au point de vue de leur structure et de leurs usages ; la détermination des conditions anatomiques qui caractérisent une main et un pied ; la controverse roulant sur le point de savoir si les singes en question sont quadrumanes, ou bien quadrupèdes, voire même *quadrupattes*, ou bien s'ils ne sont pas, comme l'homme, bipèdes et bimanes. Cette dernière manière de voir est celle qui paraît réunir le plus d'arguments en sa faveur, et, chose très-intéressante, il est établi que lorsque les singes anthropoïdes se servent pour faciliter leur marche, des membres antérieurs, ce n'est qu'à titre de soutien et en posant sur le sol, non pas la face palmaire de leurs mains, mais la face dorsale des doigts fermés dans le creux de la main. De cette étude poursuivie dans chacune des cinq familles de l'ordre des primates, M. Broca tire les conclusions suivantes :

« La première famille, celle des hominiens, réunit toutes les

» conditions favorables à l'attitude verticale et à la marche bipède;
» les trois dernières familles ont toutes les dispositions favorables
» à l'attitude horizontale et à la marche quadrupède.... L'atti-
» tude des anthropoïdes n'est ni horizontale, ni verticale; elle
» est oblique, mais bien plus voisine de la rectitude que de
» l'horizontalité; les anthropoïdes sont des bipèdes impar-
» faits, mais ce sont des bipèdes (1). »

« Par tous les caractères essentiels de leurs membres thora-
» ciques, les anthropoïdes sont très-voisins de l'homme;
» beaucoup plus voisins de lui qu'ils ne le sont, non-seule-
» ment des singes inférieurs, mais encore des pithéciens
» eux-mêmes; et si l'on acceptait la distinction établie par
» Cuvier entre l'ordre des bimanes et celui des quadrumanes,
» si l'on acceptait que les caractères tirés de l'étude des mem-
» bres des primates fussent de valeur ordinale, ce n'est pas
» avec les singes ordinaires, c'est avec l'homme que les an-
» thropoïdes devraient être classés (2). »

Les conclusions tirées de l'étude comparative du cerveau sont fort analogues. L'importance taxonomique des caractères fournis par cet organe a été surtout mise en lumière par les travaux de Richard Owen, qui en avait fait le point de départ de sa classification ; pour lui l'homme formait une sous-classe distincte, celle des archencéphales. Mais il faut reconnaître que Owen s'était trompé sur les points de fait les plus importants de son système ; c'est ainsi que, d'après lui, le caractère distinctif du cerveau humain, c'était d'être le seul dont le ventricule latéral possédât une corne postérieure, aucun animal ne présentant, croyait-il, ni cavité ancyroïde, ni ergot de Morand ou petit hippocampe, ni lobule occipital du cerveau. Or il est reconnu aujourd'hui que cette opinion était une erreur; les dissections de Sehrœder van der Kolk, de Vrolik, de Rolleston, de Marsball, de Turner, ne laissent aucun doute sur l'existence d'une cavité ancyroïde, d'un ergot de Morand et d'un lobule occipital dans les cerveaux du chimpanzé et de l'orang.

Chez tous les singes inférieurs, les circonvolutions sont simples; il n'en est pas de même chez les deux singes anthropoïdes qui viennent d'être nommés. Par la complication de

(1) *Bulletins de la Société d'Anthropologie*, 1869, p. 277.
(2) *Ibid.*, p. 309.

leur cerveau, la profondeur des sillons qui en séparent les circonvolutions, le nombre des plis secondaires, l'étendue relative de la surface corticale, ils s'éloignent tout à fait des singes ordinaires et se rapprochent tellement de l'homme, que, si l'on compare des figures photographiques ramenées à la même dimension, il faut l'œil exercé d'un anatomiste pour distinguer leurs cerveaux des cerveaux humains. Gratiolet n'avait découvert, entre eux, qu'un seul caractère distinctif; il résidait dans le nombre et la disposition des plis de passage qui existent, selon lui, entre les circonvolutions occipitales et celles de la partie moyenne des hémisphères. Mais ce caractère même, outre son peu d'importance, n'est nullement constant, et l'on a eu, depuis, occasion d'étudier plusieurs cerveaux de chimpanzés qui présentaient, sous le rapport des plis de passage, les mêmes dispositions que le cerveau de l'homme.

Enfin, d'après certains observateurs, le lobule de l'insula présenterait chez l'orang et le chimpanzé cinq plis radiés en forme d'éventail, comme chez l'homme, tandis qu'il est lisse chez tous les singes inférieurs. « L'immense supériorité de » l'intelligence de l'homme dépend donc du volume, de la » puissance et non de la structure anatomique de son cerveau, » et jamais il ne fut plus évident qu'au point de vue zoologique » l'homme diffère moins de certains singes que ceux-ci ne dif- » fèrent de certains autres singes (1). »

Disons encore un mot du système dentaire, dont M. Magitot s'est appliqué à faire une étude approfondie, en se renfermant dans le domaine exclusif des faits, sans vouloir se laisser entraîner à discuter aucune hypothèse étiologique (2). M. Magitot a constaté que tous les singes anthropomorphes ont 32 dents comme l'homme, tandis que parmi les singes inférieurs on en trouve qui ont 16, 34, 36, 38 dents. Chez les singes, comme chez les hommes, les variations dans le volume des dents sont trop nombreuses et trop irrégulières pour fournir un caractère de quelque valeur. Quant à la forme, on constate que chez les singes les plus haut placés, les grosses molaires inférieures sont pentacuspides comme chez l'homme, tandis qu'en descendant la série simienne, on ne trouve plus, dans le plus grand nombre des genres, que quatre tubercules aux molaires

(1) *Ibid.*, p. 393.
(2) *Ibid.*, p. 112.

du bas, comme à celles du haut; les racines correspondent toujours, pour le nombre et la position, aux tubercules de la couronne; seulement la cinquième racine des dents pentacuspides reste rudimentaire. La plus grande analogie existe dans la disposition réciproque des arcades dentaires chez l'homme et chez les anthropoïdes; enfin l'ordre d'évolution du système dentaire ne présente entre eux aucune différence fondamentale. D'après l'ensemble de toutes ces analogies, l'étude des dents ne peut fournir aucun caractère de quelque importance en faveur de la séparation de l'homme et des singes en deux ordres différents.

MM. Dally et Broca s'étaient appliqués, en comparant l'homme et les singes, à montrer en quoi ils se ressemblaient. MM. Giraldès et Alix ont surtout tenu à mettre en relief les différences qui existent entre eux; mais on peut dire que, sous ce rapport, leurs communications ont plutôt abouti à compléter celles de leurs adversaires qu'à les réfuter; en effet, les uns et les autres sont arrivés à des conclusions qui ne diffèrent que par des nuances peu importantes (1).

En résumé, quoique l'anatomie des anthropoïdes ne soit pas encore complétement connue, quoique la science soit, presque à tous les égards, beaucoup moins bien fixée sur leur compte qu'elle ne l'est sur celui de l'homme, il ressort évidemment de ce que l'on sait, qu'entre le corps humain et le corps de ces singes, il existe une somme de ressemblances très-considérable et qui doit les faire classer l'un à côté de l'autre dans la série animale. C'est là un résultat acquis, et il ne doit y avoir aucun motif pour le méconnaître ni pour en faire l'objet d'un aveu pénible.

Mais résulte-t-il de cette ressemblance toute physique qu'il y ait, entre ces deux groupes anatomiquement voisins, des liens généraux aussi intimes que ceux qui unissent entre eux deux autres groupes quelconques, également voisins dans le reste de la série? N'y a-t-il pas, au contraire, entre l'homme et les singes anthropomorphes une différence énorme et que l'on ne peut s'empêcher de reconnaître dès que l'on dépasse la question purement matérielle de forme et de structure pour s'élever à celle, beaucoup plus importante à nos yeux, de facultés et de fonctions?

(1) *Ibid.*, p. 571.

C'est là le côté physiologique du problème, et nous regrettons qu'il n'ait pas été étudié avec le développement qu'il méritait, car nous ne le trouvons ni moins intéressant, ni moins fécond en enseignements utiles que le côté purement morphologique sur lequel la discussion a presque exclusivement porté. Il est vrai que, dès le début de son exposition, M. Dally avait eu soin de dire qu'il ne voulait comparer l'homme et les singes qu'au point de vue anatomique; mais c'est précisément cette restriction qui nous paraît arbitraire, nous dirons même abusive, et qui, à notre avis, n'aurait pas dû être acceptée dans la manière de poser la question; légitime, s'il ne s'était agi que d'une étude de zoologie descriptive, elle devenait inadmissible dans une discussion dont l'objet avoué était d'arriver à fournir des éclaircissements sur l'origine de l'homme. Pourquoi, dès lors, le scinder et ne s'occuper que des organes sans tenir compte de leur action?

Cela était du reste si peu praticable, que M. Dally lui-même n'a pu rester fidèle à son programme et que son entrée en matière a été précisément une incursion sur le terrain de la physiologie (1). Il est vrai que cette partie de son argumentation est bien incomplète et bien sujette à contestation. « Tout d'abord, dit-il, je ferai remarquer en thèse générale qu'en physiologie, c'est-à-dire dans la réalité vivante, un singe ne diffère en quoi que ce soit d'un homme ; toutes les fonctions du singe sont identiques à celles des hommes. Les singes boivent, mangent, digèrent, respirent, veillent, dorment, raisonnent, croissent et déclinent comme l'homme. »

Nous ne saurions trop nous étonner que cette assertion n'ait été, dans la Société, l'objet d'aucune critique, et qu'elle ait pu passer, sinon comme généralement acceptée, du moins comme incontestée. Aussi, croyons-nous devoir y répondre pour notre propre compte.

Voilà, en vérité, dirons-nous à M. Dally, un certificat d'identité bien lestement délivré, et il faudrait être de facile composition pour se laisser convaincre par ce simple argument. Et d'abord, pourquoi dire que *toutes* les fonctions sont identiques, alors que, sauf une exception sur laquelle nous reviendrons plus loin, celle qui concerne le raisonnement, cette énumération ne comprend que des fonctions de nutrition, et qu'il n'est fait aucune mention des fonctions de relation? Ces dernières ne

(1) *Bulletins de la Société d'Anthropologie.* Année 1868, p. 676.

sont cependant ni moins importantes, ni moins caractéristiques que les autres; on pourrait même dire qu'elles le sont beaucoup plus, puisque, grâce à elles, l'homme est réellement séparé de tous les autres êtres organisés par un gouffre et un abîme (expressions que M. Dally combat si vivement, même chez son propre maître M. Huxley), bien qu'il se rapproche tant d'un grand nombre d'entre eux pour tout ce qui regarde la nutrition. En effet, M. Dally est, sous ce rapport, resté bien en arrière de la réalité, car au point de vue où il se plaçait, ce ne sont pas seulement les singes qui ne diffèrent en quoi que ce soit de l'homme, ce sont presque tous les animaux, ou au moins tous les vertébrés, puisque tous boivent, mangent, digèrent, respirent, veillent, dorment, croissent et déclinent comme l'homme. Faut-il en conclure que tous soient identiques à l'homme? Peut-on, lorsqu'il s'agit d'assigner à celui-ci sa véritable place dans la nature, ne pas s'occuper de la manière dont il sent, pense, veut, agit, marche, travaille et, par-dessus tout, peut-on ne rien dire du privilége unique qui suffit à lui seul pour lui assigner une place absolument distincte, bien supérieure à toute autre. Peut-on ne tenir aucun compte du don qu'il a de communiquer avec ses semblables par la parole, par le dessin, par l'écriture; de transmettre ses idées, ses réflexions, sa science, d'étendre par là son action dans le temps et dans l'espace, de pays en pays et de génération en génération? Toutes ces facultés ne sont-elles pas des attributs aussi essentiels de l'homme que le nombre de ses vertèbres, la torsion de son humérus, l'opposition de son pouce, la forme de son calcaneum, l'arrangement de ses dents, la fixité de son cæcum? Doit-on, parce que l'on s'occupe de la science anthropologique, avec des aspirations plus ou moins justifiées à la certitude positiviste, n'étudier dans l'homme que la bête, et négliger systématiquement tout ce qui chez lui n'est pas seulement la bête, ce que nous pourrions appeler, comme Xavier de Maistre, *l'autre*, s'il ne nous paraissait plus juste et plus loyal, dût-on nous accuser d'obscurantisme théocratique ou métaphysique, d'appeler l'âme par son véritable nom?

Et cependant, c'est encore de la bête seule que se sont occupés les orateurs qui, pour répondre à des considérations trop exclusivement anatomiques, ont eu recours à la physiologie et à l'étude des fonctions.

M. Giraldès reproche bien à M. Dally de s'être borné à la comparaison des organes, sans parler de leur fonctionnement;

il s'applique bien à montrer, avec quelques détails, combien la main et le pied de l'homme diffèrent, dans leur mode d'action, de la main et du pied des singes anthropomorphes: mais il ne fait que prononcer une fois, et sans entrer dans aucun développement, le mot: intelligence.

M. Broca, au moment de conclure, a bien aussi signalé des différences profondes dans les fonctions; mais volontairement ou non, il s'est privé des arguments les plus démonstratifs que la physiologie aurait pu lui fournir pour ce parallèle. Ce qu'il a surtout tenu à montrer, c'est que, grâce à la différence organique qui lui permet de se tenir debout, en parfait équilibre sur ses deux pieds, l'homme peut déployer et utiliser partout ses forces. « Il ne sera plus confiné dans la forêt, dit-il, il » pourra parcourir la savane, traverser les steppes, habiter à » son choix la plaine ou la montagne, et devenir le conquérant » de la planète entière. La main détachée du sol ne sera plus » qu'un merveilleux instrument de travail, instrument actif à » l'aide duquel il pourra se créer des instruments passifs, fa- » briquer et manier des outils, des armes offensives ou défen- » sives. Capable de courir partout, il pourra poursuivre et » atteindre une proie vivante, et ajouter à son régime végétal » une nourriture animale (1). »

Voilà, certes, une esquisse éloquente des avantages que procurent à l'homme les muscles fessiers, gastrocnémiens et jumeaux, grâce auxquels il peut se tenir debout sur deux pieds. Mais pourquoi M. Broca s'est-il arrêté si court dans la voie où il venait d'entrer? Aurait-il craint de trop rabaisser le chimpanzé en poursuivant le parallèle, et en montrant combien le cerveau humain, si analogue à celui de ce singe sous le rapport anatomique, lui est supérieur sous celui des attributs dynamiques? N'est-ce pas l'intelligence, dont ce cerveau est l'instrument matériel nécessaire, qui joue le rôle le plus important dans toutes les opérations dont l'énumération précède? N'est-ce pas elle, plus encore que le pied ou la main, qui permet à l'homme de parcourir la savane, de conquérir la planète, de fabriquer et de manier des outils, de faire des armes et de s'en servir, de poursuivre les animaux et de les préparer pour sa nourriture ?

Pourquoi surtout ne pas franchir le domaine purement ma-

(1) *Ibid.*, p. 399.

tériel des actions de l'homme, quand il aurait été si intéressant de nous montrer ses qualités morales, ses sentiments affectifs, ses aptitudes artistiques, ses aspirations philosophiques et religieuses?

Nous savons bien, qu'il y a quelques années, et M. Alix s'est chargé de nous le rappeler, la Société s'était déjà occupée de la comparaison de l'intelligence de l'homme et de celle des animaux; mais était-ce une raison suffisante pour renoncer, d'une manière absolue, à la mine inépuisable d'arguments que la psychologie aurait pu fournir pour montrer combien est grande la distance qui sépare l'homme des singes.

M. Rogeat s'est cependant chargé de montrer, par un exemple bien limité, quel parti l'on pouvait tirer de ce genre d'arguments. Dans une réponse spirituelle et humoristique (1) faite à la communication de M. Magitot, il a reconnu que, dans la zoologie comparée, l'étude des dents fournit un excellent caractère de classification, parce qu'elle révèle le genre de nourriture que consomme l'animal et les moyens qu'il emploie pour se la procurer, et que chercher sa nourriture et la consommer, c'est là le rôle presque exclusif, ou au moins essentiel de l'animal. Mais il a montré en même temps que, entre l'homme et le singe, la ressemblance des dents n'entraîne aucune ressemblance dans le mode d'alimentation. Quel spectacle différent nous offre, en effet, d'une part le singe accroupi sur un arbre, portant à sa bouche, ou mâchant le fruit qu'il vient de cueillir, d'autre part « un » simple bourgeois de Paris, assis dans sa salle à manger; un » poêle le chauffe; une suspension l'éclaire; devant lui une » table dont l'Amérique centrale a fourni l'acajou; elle est » recouverte d'une nappe, dont le coton, récolté en Louisiane, » a subi combien de transports, combien de transformations » successives, à l'aide des machines les plus ingénieuses. Sur » cette table sont placés avec ordre la porcelaine, le cristal, » matières qui n'existent pas dans la nature, qui sont dues au » génie créateur de l'homme. Les fourchettes sont d'un métal » extrait des mines du Mexique; ces réchauds sont de plaqué; » la lame de ces couteaux est d'acier, leur manche est d'un » ébène qui provient de Madagascar, ou d'un ivoire fourni par » un éléphant des bords du Nil blanc. » Nous nous arrêtons

(1) *Ibid.*, p. 222.

à ces premières lignes et nous sacrifions toute une description bien propre à faire envie. Mais il n'en est pas moins vrai qu'en montrant non-seulement la complexité de la mise en scène d'un de nos repas, mais aussi la multiplicité de nos aliments qui sont empruntés à toutes les branches du règne animal et du règne végétal, sans même excepter quelques minéraux, et la variété des méthodes auxquelles il faut avoir recours pour se procurer ces aliments, par la chasse, la pêche, la navigation, l'industrie, et surtout l'agriculture avec toutes les divisions qu'elle comprend, M. Rogeat a rendu impossible toute assimilation entre le régime alimentaire de l'homme et des singes, en dépit de l'analogie de leurs systèmes dentaires.

Il ne faut cependant rien exagérer, ni accuser M. Dally d'avoir absolument négligé la psychologie ; il ne lui a consacré qu'un mot, il est vrai, mais ce mot dit tant de choses ! Nous l'avons déjà rapporté dans ce passage où l'auteur assure que toutes les fonctions du singe sont identiques à celles des hommes et où il énumère ces fonctions. « Les singes, dit-il, boivent, mangent, digèrent... raisonnent comme l'homme. » Ce serait, sans doute, exagérer la pensée de M. Dally que de prendre ses paroles au pied de la lettre et de croire que, dans ce cas, identique, pour lui, veut dire exactement égal et semblable. Et cependant c'est là le seul sens que les mots pris en eux-mêmes pourraient comporter. Non, pour lui, et dans ce cas, identique ne peut vouloir dire que présentant une ressemblance très-vague et très-éloignée, non dans l'étendue ou la portée de la fonction, mais dans sa nature et ses procédés. Qu'il y ait aussi certains rapports d'analogie entre la manière dont un singe, ainsi que d'autres animaux d'ailleurs, accomplit quelques actes qui paraissent tenir de l'intelligence proprement dite, plutôt que des instincts, c'est ce que personne ne méconnaît ; mais c'est tout, et ce tout reste à une distance infinie des opérations intellectuelles des hommes les moins bien doués. Sous ce rapport, et c'est là le point important, dans la discussion actuelle, l'homme diffère du singe le plus parfait, bien plus qu'il ne lui ressemble sous celui de l'anatomie pure, et rien, absolument rien, dans tous les faits invoqués en faveur du transformisme, ne permet de supposer qu'il puisse y avoir eu, dans les temps passés, ni qu'il doive se produire, dans les temps futurs, un trait d'union quelconque qui rapproche ces extrêmes.

La parole en tout cas semblerait rester l'apanage exclusif du

genre humain. Il s'en faut de peu, cependant, que M. Dally ne lui conteste ce privilége ; ou du moins s'il le lui reconnaît, il donne presque à penser que l'homme le doit à un modeste et gracieux abandon du gorille et de l'orang-outang. Nous citons le passage complet emprunté à la partie du mémoire de M. Dally qui se rapporte aux sacs laryngiens et au larynx (1). « Les sacs laryngiens des grands singes, dit-il, signalés dans » le tableau de M. Prunet-Bey comme impropres à tous égards » à l'articulation, sont en effet, d'autant plus impropres à » l'articulation des sons, que c'est dans la bouche, à l'aide des » dents, des lèvres et du palais, que s'accomplit cette fonction. » Les sacs laryngiens n'ont rien à y voir, *et si les grands singes* » *n'articulent pas une véritable parole, c'est qu'ils n'en sentent pas* » *le besoin.* »

Cette assertion, nous l'avouons, nous a pris au dépourvu quand nous l'avons lue pour la première fois. Comment! le don de parler, dont nous sommes si fiers et souvent si portés à abuser, ne nous serait pas précisément exclusif ! Les singes l'auraient comme nous, virtuellement, et s'ils n'en profitent pas, c'est seulement parce qu'ils n'en sentent pas le besoin! Mais nous n'avons pas tardé à reconnaître que, loin de nous confondre, M. Dally nous fournissait au contraire un excellent argument contre lui. En effet, s'il y avait, entre l'homme et les singes anthropoïdes la moindre analogie extra-anatomique, pourrait-on concevoir que ces derniers pussent ne pas avoir besoin de parler alors qu'ils en auraient le pouvoir? Ce trait négatif n'aurait-il pas, à lui seul, plus d'importance que toutes les ressemblances que l'on pourrait invoquer, pour démontrer que hommes et singes ne raisonnent pas d'une manière identique, et que la nature a laissé entre eux un abîme et un gouffre?

Comment donc pourraient-ils provenir d'une souche commune? Cela nous amène à la seconde partie de la discussion, à celle qui, considérant l'homme sous le rapport étiologique, cherche à sonder le mystère de son origine.

Quand nous parlons ici de discussion, nous employons un mot impropre, car il n'y a réellement eu qu'une exposition de principes, M. Dally n'ayant rencontré aucun interlocuteur qui voulût le suivre sur un terrain si litigieux ; MM. Giraldès, et

(1) *Ibid.*, p. 694.

Alix se sont récusés, M. Broca s'est réservé pour plus tard, et M. Magitot s'est plaint qu'on ait voulu faire de lui un transformiste malgré lui.

Tâchons donc d'exposer, avec assez de détails pour la faire comprendre aussi bien que cela est possible, la théorie du transformisme, telle qu'elle est présentée dans les déductions et conclusions du mémoire de M. Dally (1).

Invoquant les idées d'Auguste Comte et appliquant les lois du positivisme à la détermination de la place du groupe humain parmi les êtres vivants, l'auteur dit que l'état théologique a attribué à l'homme un caractère surnaturel et miraculeux; que l'état métaphysique l'a doué de qualités uniques, sans analogues, sans réalité; que l'état positif le range dans l'ordre des primates, à côté des singes. Cela ne suffit pas cependant pour faire connaître son origine, car, dans l'état actuel de nos connaissances, prouver que deux groupes sont anatomiquement analogues, ce n'est pas prouver qu'ils aient une souche commune, « mais de nombreux faits, très-voisins d'une démons-» tration positive, surtout observés sur les animaux, viennent » rendre très-probable l'hypothèse du transformisme humain. »

En effet, ajoute-t-il, l'hypothèse n'est soumise qu'à une condition, celle de ne pas contredire les vérités acquises. Or, l'hypothèse du transformisme ne contredit aucune grande vérité; elle reçoit, en outre, un appui évident de l'ensemble des faits connexes qui peuvent être classés sous deux chefs principaux.

1° L'existence incontestable d'une série d'êtres plus ou moins parfaits qui semblent graviter autour d'un type fondamental. En effet, il ne faut pas s'attendre à trouver une échelle de progression simple, chaque espèce engendrant son voisin plus parfait; il faut supposer les différents types sortant d'une même branche et représentant des rameaux d'inégale longueur, inégalement distants les uns des autres. Le progéniteur a inégalement distribué ses qualités, et cette distribution inégale fait, par exemple, qu'entre les hommes et les singes, il existe, non pas des ressemblances totales, mais seulement des ressemblances partielles, plus ou moins accusées selon les races et les espèces; rien ne peut mieux venir à l'appui de l'hypothèse d'une descendance commune, que la distribution ou répartition inégale des caractères d'un type aujourd'hui tout idéal,

(1) *Ibid.*, 1868, p. 700.

celui des primates, parmi toutes les familles qui en sont dérivées.

2° La variabilité des êtres vivants, telle qu'elle a été mise hors de conteste par les travaux de Lamark, de Geoffroy Saint-Hilaire, de Owen, de Darwin, variabilité dont nous ne connaissons pas la cause première, mais dont nous constatons la réalité, et qui a une telle importance qu'elle constitue une condition essentielle de la perpétuité ; sans doute tous les êtres ne varient pas, mais tous ceux qui ne varient pas, s'éteignent.

Rien ne s'oppose, poursuit M. Dally, dont nous ne faisons pour le moment, que résumer les idées, « rien ne s'oppose » à ce qu'on reconnaisse à l'homme, pour ancêtre, un être in- » connu, qui, par une série de lentes modifications, poursuivies » pendant des siècles, accumulées par la sélection, est arrivé à » diverger de la source commune, non moins que des branches » qui en émergeaient en même temps que lui. Tout a varié » depuis lors ici et là, plus ou moins heureusement. Ici nous » avons un mincopie ou un orang ; là un gorille, là un nègre ; » ailleurs un Abyssin, un Golla ou un Berber, ou un cyno- » céphale, ailleurs encore un Lapon ou un Arien. Il n'est donc » pas juste, dans l'idée vraie de transformisme, d'avancer que » nous venons d'un singe ; nous ne venons pas plus d'un singe » que d'une chauve-souris : autour du type de la classe des » mammifères, les formes organiques se sont diversement » modifiées, aboutissant à des ordres, à des familles et à des » genres qui servent eux-mêmes de centres secondaires d'évo- » lution (1). »

Il se pourrait, sans doute, que la formation des genres et des espèces par la variabilité des caractères fût vraie pour certaines classes d'êtres et ne le fût pas pour toutes, notamment pour l'homme. Telle est l'opinion de M. Hunt. « Le darwinisme, a-t-il » dit, peut être vrai, appliqué à la zoologie et à la botanique, » mais il n'a pas pour lui un seul fait d'anthropologie. » A cela M. Dally répond qu'en biologie, les lois étant identiques et générales, on ne saurait attribuer de limites arbitraires au domaine des variations. Si la variabilité des caractères est réelle, elle doit être une aptitude commune à tout le monde organique.

(1) *Ibid.*, p. 705.

Or, les preuves de cette réalité ne manquent point : Darwin les a amplement fournies ; il a montré que tous les animaux que nous pouvons observer de très-près sont soumis à la loi de sélection spontanée ou artificielle, c'est-à-dire à la survivance du plus apte. Darwin va même jusqu'à regarder comme probable la descendance de tous les êtres vivants d'un prototype unique (1).

M. Dally n'admet pas cette conception qui suppose, elle-même, soit une création, soit une première formation spontanée ; pour lui, il ne croit pas que la vie organique ait eu un commencement; les phénomènes vitaux ont dû faire toujours partie de ceux qui s'accomplissaient sur le sol, dans les mers ou dans l'atmosphère; la vie n'a pas eu de commencement ; elle est perpétuelle comme la multiplicité infinie des formes de la vie. Le transformisme ne comporte donc pas la notion darwinienne d'un petit nombre de formes primitives, ou d'une seule de ces formes ; loin de là, il doit être complétement distingué du darwinisme.

Quelle est donc, en fin de compte, la définition scientifique, la formule précise de la théorie du transformisme humain? Ici encore, nous laissons la parole à M. Dally lui-même, car sur de pareilles questions rien ne remplace le texte de l'auteur.

« Il est temps de conclure, dit-il; la physique nous a appris » que rien ne vient de rien et que les forces se transforment inces- » samment, sans déperdition dans la mesure de leurs effets; la » chimie nous a montré que la formation d'un corps résultait » de nouvelles combinaisons des mêmes éléments; la biologie » nous révèle la formation, au sein du blastème, avec le même » matériel, de tissus dont les propriétés sont distinctes ; l'em- » bryologie comparée signale les métamorphoses poursuivies » durant une longue période pendant plusieurs générations ; » la botanique nous prouve que l'adaptation au milieu pro- » duit des changements considérables dans les parties consti- » tuantes de la plante. Darwin, enfin, est venu montrer la va-

(1) Darwin, *Variabilité des animaux et des plantes*, traduction Moulinié, I, p. 14. Tout récemment Darwin vient de publier un nouvel ouvrage sur la *Descendance de l'homme et la sélection sexuelle*. La traduction française de ce nouveau livre du célèbre naturaliste paraîtra bientôt, mais des extraits déjà connus montrent que cette fois, Darwin se montre beaucoup plus clairement qu'il ne l'avait encore fait partisan de la théorie qui attribue une origine commune à l'homme et aux animaux.

» riation initiale spontanée des êtres organisés, variation que » favorise, confirme et augmente la lutte pour l'existence et la » reproduction sélective. Ainsi naît l'homme, comme l'a dit le » poëte, les pieds dans la boue, la tête dans les cieux (1). »

Bien que nous ayons surtout voulu faire connaître la théorie du transformisme et exposer aux lecteurs des *Annales* le résumé le plus fidèle possible des doctrines de M. Dally, nous demandons à consacrer encore quelques lignes aux réflexions qu'elles nous inspirent.

Et d'abord, n'est-il pas étonnant que, prenant pour point de départ les exigences du positivisme et ne reconnaissant de valeur qu'aux faits démontrés, on se laisse si facilement entraîner à édicter des lois, que l'on généralise ensuite avec la même aisance? Admettons, si l'on veut, l'exactitude des faits rapportés par Darwin ; mais la variabilité si rapide des caractères de race des pigeons, par exemple, suffira-t-elle donc à nous persuader que l'homme change de même, alors que nous voyons que, depuis quarante siècles, il ne s'est modifié en rien? Ce fait positif « le darwinisme n'a pas pour lui un seul fait d'anthropologie » n'a-t-il donc pas plus de valeur, pour démontrer la fixité du type de l'homme, que n'en ont, pour démontrer le contraire, tous les exemples tirés de la botanique ou de la zootechnie domestique? Mais méritons-nous donc le reproche d'arbitraire, parce qu'une loi, encore bien peu précise dans son texte, étant déduite de faits observés sur des animaux de basse-cour, nous hésitons à en étendre l'application à l'homme, alors qu'il n'y a pas un seul fait connu qui de près ou de loin se prête à cette généralisation tout hypothétique? L'arbitraire n'est-il pas du côté de ceux qui attribuant, de leur chef, une prétendue identité à de prétendues lois biologiques, déclarent que la variabilité, pour peu qu'elle soit réelle pour quelques individualités spécifiques ou génériques, doit être une aptitude commune de tout le monde organique?

Accordons cependant à M. Dally le bénéfice de ses prémisses. Oui, nous apprenons : par la physique, que rien de ce qui est à la portée de ses analyses ne vient de rien ; par la chimie, que les mêmes éléments peuvent se combiner de bien des manières différentes ; par la biologie, que, au sein d'un même blastème, peuvent se former des tissus à propriétés distinctes ; par l'em-

(1) *Bulletin de la Société Anthropologique*, 1868, p. 711.

bryologie comparée, que des générations successives peuvent présenter certaines modifications ; par la botanique, que les plantes subissent des changements notables selon le milieu où elles vivent. Mais ceci admis, et nous l'admettons complétement, peut-on dire que la réunion de ces notions donne une probabilité, équivalant presque à une démonstration, à l'existence d'une souche commune dont l'homme et les singes ne seraient que des rameaux divergents?

N'y-a-t-il pas entre ces prémisses, quelque art que l'on mette à les utiliser, et cette conclusion inattendue, un gouffre, un abîme dans lequel il faudrait entasser un monceau de nouvelles découvertes pour que le vide fût comblé, et qu'il fût possible de passer avec quelque sécurité d'un bord à l'autre? N'est-ce pas précisément s'écarter volontairement de la voie positive et s'élancer dans les hasards que l'on reproche aux autres, que de vouloir sauter à pieds joints, sans appui ni jalons, par-dessus tant de choses douteuses et ignorées, pour atteindre d'emblée un semblable paradoxe?

Quant à la forme poétique dont M. Dally a revêtu sa conclusion, nous ne voulons pas lui attribuer grande importance, car si nous tenions à rechercher d'un peu près le sens de ces expressions : l'homme naît les pieds dans la boue et la tête dans les cieux, il nous serait très-facile de nous en faire un argument contre lui. Le fait seul de naître la tête dans les cieux, quel que soit le sens figuré qu'on y attache, ne renferme-t-il pas précisément toutes les critiques possibles? Outre qu'il a une teinte légèrement théocratique, ou tout au moins métaphysicienne, ne constituerait-il pas, lui seul, un caractère entièrement spécial ne pouvant se rattacher par aucun lien de ressemblance partielle ni de variabilité relative, au mode d'origine des singes, et n'exclurait-il pas toute probabilité de communauté de souche?

Les dernières lignes du mémoire de M. Dally soulèvent encore une nouvelle question, des plus intéressantes, qu'elles ne laissent malheureusement qu'entrevoir de bien loin. Après avoir dit que sa doctrine donne sur les origines de l'homme des vues qui ont une base analogique des plus solides, il ajoute : « Nous avons aussi, pour l'avenir, l'espoir raisonné » d'une destinée meilleure. » Nous ne pensons pas que cette perspective d'une destinée meilleure ait rien de commun avec celle que toutes les religions font entrevoir à leurs adeptes, en enseignant que l'âme est immortelle et qu'après cette vie, les bons seront récompensés et les méchants punis; en effet

l'auteur déclare qu'il s'affranchit de toute croyance au supernaturalisme, et celle d'une vie future, dans le sens religieux du mot, tient essentiellement du surnaturel. Sans doute, il a en vue quelque perfectionnement progressif de l'espèce humaine, par sélection naturelle et survivance du plus apte, qui devra se produire avec le temps. Mais il est à craindre que ce phénomène ne se fasse bien attendre à en juger par la persistance des types humains actuels depuis les temps les plus reculés, et il n'en eût été que plus intéressant pour nous de connaître au moins avec quelques détails les prévisions des transformistes à cet égard, au lieu d'en être réduits à la simple formule que nous venons de rapporter.

En résumé, M. Dally dont nous apprécions beaucoup le talent et dont nous honorons le mérite scientifique, nous permettra de le lui dire franchement : son travail nous a vivement intéressé, mais il ne nous a pas du tout convaincu.

Même au point de vue purement anatomique, les analogies constatées entre l'homme et certains singes ne constituent pas à nos yeux un argument suffisant pour faire croire qu'ils sont émanés d'une souche unique et commune. Jusqu'à présent, en dehors de l'hypothèse de Darwin que M. Dally lui-même repousse, il n'a jamais été avancé que toutes les familles, tous les genres d'un même ordre dussent avoir la même origine, et l'on continue à ranger les chiens, les chats et les ours dans l'ordre des carnassiers, sans prétendre leur assigner un ancêtre unique : dès lors, comment croirait-on devoir considérer l'homme et les singes comme issus d'un même père, parce qu'ils figureraient, côte à côte, dans l'ordre des primates?

Mais pour repousser cette hypothèse, nous tenons surtout à nous appuyer sur l'étude des facultés et fonctions supérieures de l'homme qui ont été tenues presque en dehors du débat, à tort selon nous. Ce qui ne permet d'établir aucune assimilation entre l'homme et les singes même les plus élevés dans la série, c'est la physiologie humaine, et surtout la partie de la physiologie qui se rapporte aux fonctions intellectuelles et morales, c'est la psychologie, c'est-à-dire la connaissance de l'âme.

Pour nous l'attention, la réflexion, la mémoire, le jugement, l'imagination, la volonté, la conscience et ses effets, les facultés morales et affectives, si l'on ne veut pas admettre la religiosité, constituent pour le genre humain, jugé en bloc, des

caractères beaucoup plus importants que tous ceux que l'on peut tirer de l'étude de son squelette ou de son système musculaire; et s'il est vrai que quelques-uns de ces caractères se retrouvent isolément, en miniature, si l'on peut parler ainsi, chez certains animaux, il n'en est pas un seul chez lequel ils forment un faisceau comparable, même du plus loin possible, à l'ensemble des facultés de l'âme humaine.

Enfin, dans presque toutes les espèces animales, les individus sont limités pour l'exercice de leur activité, à l'application de leurs instincts innés ou à l'utilisation des connaissances qu'ils ont pu personnellement acquérir; même pour les espèces dont les individus associent parfois leurs efforts vers un but commun, cet accord se fait en vertu des mêmes instincts innés, sans que jamais une génération doive rien à l'enseignement des générations passées, ou puisse rien transmettre qui contribue à l'instruction des générations futures.

L'homme au contraire, possède le don de la parole, et il est le seul à la posséder; non-seulement par elle il communique directement ses pensées à ceux de ses semblables qui vivent avec lui, dans le même lieu et dans le même temps; mais en outre, grâce aux moyens si multipliés et si ingénieux, inventés pour représenter la parole, chaque homme peut, en tout temps, communiquer avec le genre humain tout entier, sans être arrêté ni par la distance des lieux, ni par celle des âges; chacun peut mettre ce qu'il sait à la portée de tous, et ainsi s'est constitué cet énorme fonds commun de connaissances acquises qui forme la principale source d'instruction et de perfectionnement des sociétés humaines.

Aussi le don de la parole doit-il être, à ce qu'il nous semble, considéré comme un caractère tellement important qu'à lui-seul il suffit pour établir une ligne de démarcation infranchissable entre le genre humain dont toutes les races ou variétés la possèdent, et l'ensemble des espèces animales qui toutes en sont privées. A elle seule elle constitue un privilége tellement élevé, un apanage tellement distinct, qu'elle suffit pour rendre inadmissible, à nos yeux, toute supposition d'origine commune à l'homme et à quelques animaux que ce soit, et par conséquent pour faire refuser toute vraisemblance à la théorie du transformisme.

Bien qu'il s'agisse ici, avant tout, d'une appréciation scientifique de cette théorie, nous ne saurions nous dispenser de dire au moins quelques mots de ses regrettables conséquences

sociales ; mais en effleurant ce côté de la question, nous devons, avant tout, dégager la responsabilité des savants qui ont été les promoteurs ou qui sont les partisans des idées transformistes. Leur seul but a été la recherche de la vérité, personne ne saurait en douter; si d'autres esprits ont fait porter à leurs travaux des fruits dangereux, on ne serait pas autorisé, pour cela, à leur en faire un reproche ; nous sommes convaincu qu'ils sont les premiers à le déplorer.

Mais il n'en faut pas moins reconnaître que la théorie du transformisme a eu, comme quelques autres doctrines également aventurées (1), le fâcheux avantage d'une rapide vulgarisation en dehors du véritable monde savant, le seul dont les membres fussent en état, par leurs connaissances préalables, de l'accueillir sous bénéfice d'inventaire et de la soumettre au contrôle d'une critique compétente et éclairée.

Nées dans la sphère des études purement spéculatives, ces idées qui n'auraient jamais dû sortir des limites de la science abstraite, se sont trouvées, tout d'un coup, faire partie du bagage pseudo-scientifique des orateurs de club et des tribuns de faubourg. Ces chefs de la bohème contemporaine ont prétendu y trouver des arguments décisifs en faveur de leur grossier matérialisme et de leurs utopies destructives de toute discipline morale. Voulant détacher leurs crédules auditeurs de toutes les croyances qui imposent un frein aux convoitises et aux passions, pour les lancer sans remords à la poursuite des jouissances purement matérielles, ils se sont flattés d'y réussir plus facilement en leur représentant l'homme comme à peine distinct des animaux dont toute la vie se dépense à satisfaire les besoins physiques et les instincts brutaux.

On ne sait que trop à quels résultats pratiques de pareils prédicateurs peuvent entraîner leurs adeptes. Comment ceux-ci respecteraient-ils encore quelque chose lorsqu'ils auront perdu tout respect pour eux-mêmes ? Et comment se respecteraient-ils lorsqu'après qu'on a voué à leur mépris et à leur haine ceux qui prétendaient leur faire croire que l'homme est fait à l'image de Dieu, on leur affirme, comme dernier mot de la science moderne, que l'homme est fait à l'image du singe ?

(1) Voy. E. Caro : La fin de la Bohème. — Les influences littéraires dans les derniers événements. — *Revue des Deux-Mondes*, 15 juillet 1871.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Année 1870 (1).

1° *De la cause des courants musculaires, nerveux, osseux et autres*, par M. Becquerel (séance du 10 janvier).

L'auteur résume ce travail dans les termes suivants : « Les faits exposés dans ce mémoire conduisent aux conséquences suivantes : les courants musculaires nerveux, osseux et autres que l'on observe dans les êtres vivants ou morts, lorsque les tissus forment des circuits fermés, en mettant en communication l'intérieur avec la surface, soit avec un fil de métal, soit avec un nerf isolé de tous les tissus adjacents, ont une origine chimique et ne proviennent nullement d'une organisation électrique des muscles et des nerfs; de sorte que l'on ne peut faire dépendre les fonctions musculaires et nerveuses de cette organisation.

» Les courants électro-capillaires jouent le principal rôle dans ces mêmes fonctions; ce sont les seuls courants dont l'existence soit bien constatée jusqu'ici; dans les corps vivants, ils sont produits partout où il y a deux liquides différents séparés par une membrane cellulaire. La vie diminuant, les cellules s'agrandissent, les liquides se mêlent, les courants électro-capillaires cessent, et la putréfaction commence; là s'arrêtent les recherches du physicien, car tout ce qui tient à l'excitation cérébrale transmise au système sensitif, qui réagit par une action réflexe sur les nerfs moteurs, ainsi qu'à l'action mécanique du cœur, dépend de la physiologie et non de la physique. »

2° *L'intelligence des animaux est-elle en rapport avec le développement des centres nerveux?* Note de M. P. Colin (séance du 10 janvier).

Voici les conclusions de ce travail, qui ne porte d'ailleurs que sur les animaux domestiques :

(1) Voy. *Annales médico-psychologiques*, 1870, t. V, p. 58.

« 1° Le rapport entre le poids des centres nerveux, pris en bloc, et celui du corps varie, dans de très-grandes limites, non-seulement d'espèce à espèce, mais encore dans une même espèce, surtout suivant l'âge des sujets, le degré de développement du système musculaire, l'état du système adipeux.

» 2° La masse cérébrale ou encéphalique est, proportionnellement à la taille, beaucoup plus considérable dans les petits animaux que dans les grands. Aussi l'homme se trouve-t-il, quant au volume du cerveau, inférieur à plusieurs singes, à divers carnassiers tels que la belette, aux petits rongeurs et même à un grand nombre d'oiseaux comme la mésange, le chardonneret, etc.

» 3° Dans la même espèce animale, le volume des centres nerveux est, relativement à la masse du corps, en raison inverse de l'âge ; qu'ainsi les jeunes sujets peuvent avoir 2, 3, 4, 6 et jusqu'à 8 fois autant de cerveau que les adultes.

» 4° Les animaux domestiques se trouvent classés, d'après le poids de leur encéphale, dans l'ordre suivant, qui n'est pas exactement celui de leur intelligence : chat, chien, lapin, mouton, âne, porc, cheval et bœuf : le premier a environ six fois autant de cerveau que les deux derniers.

» 5° Dans les espèces dont les races sont de statures très-différentes, les plus petites ont proportionnellement le plus grand cerveau, quel que soit leur degré relatif d'intelligence.

» 6° La masse de la moelle épinière n'est constamment en rapport ni avec le poids de l'encéphale, ni avec celui du corps, ni avec la puissance musculaire des animaux ; elle peut être très-petite chez les animaux à grand cerveau ou énorme dans le cas contraire ; elle est souvent deux ou trois fois aussi considérable sur les petites espèces que sur les grandes.

» En somme, il n'y a pas, chez les animaux, de relation exacte entre le volume de l'encéphale et le degré d'intelligence constaté par l'observation. Conséquemment les animaux seraient mal classés au point de vue psychologique, s'ils l'étaient d'après les poids de leurs centres nerveux. »

3° *Sur les circonvolutions du cerveau*, note de M. C. Dareste (séance du 31 janvier).

« La rapidité de l'accroissement du cerveau est beaucoup plus grande dans les premières périodes de la vie, et va toujours en diminuant jusqu'à l'âge adulte. D'où cette conséquence que, tandis que le volume absolu du cerveau augmente incessamment

pendant toute la durée de l'accroissement, son volume relatif, c'est-à-dire le rapport du volume absolu au volume total du corps, diminue incessamment pendant cette même durée. D'où cette autre conséquence que, dans un même groupe naturel, le volume relatif du cerveau est plus considérable chez les petites espèces que chez les grandes.

» Ces faits sont connus depuis longtemps. Maintenant il faut y ajouter un fait nouveau : c'est que, même dans des animaux de même taille et appartenant à un même groupe naturel, le volume relatif du cerveau, à l'âge adulte, peut présenter de notables différences. Par conséquent, le développement des circonvolutions pourra ne pas être le même dans des espèces voisines et de même taille, bien qu'il soit toujours déterminé par les lois générales qui régissent l'accroissement. »

4° *Mémoire sur la production des courants électro-capillaires dans le cerveau*, par M. Becquerel (séance du 21 fév.).

« Après avoir donné quelques détails anatomiques sur la constitution de l'encéphale, pour l'intelligence de mon sujet, et avoir fait remarquer que la masse cérébrale est traversée de toutes parts par des vaisseaux sanguins et leurs capillaires, et par des nerfs et leurs ramifications, donnant lieu à un grand nombre de courants électriques, qui sont la source d'autant d'actions physiques et chimiques, courants dont la direction est telle, que la paroi intérieure des vaisseaux et des nerfs est le lieu d'effets de réduction, et la paroi extérieure d'effets d'oxydation, je me suis attaché particulièrement à la substance grise et à la substance blanche : la première forme le côté externe de la masse cérébrale, jusqu'à une certaine profondeur dont elle est en quelque sorte l'écorce, et se retrouve dans tous les replis ; la seconde occupe la partie intérieure. Ces deux substances, par leur contact mutuel, donnent naissance à des courants électriques, ayant pour origine une force électromotrice égale au 1/10 environ de celle du couple à acide nitrique. Ces courants, d'après leur direction, agissent de telle sorte qu'il y a oxydation dans les parties de la substance grise près du contact, et réduction dans les parties de la substance blanche près de ce même contact. »

5° *Note sur la coexistence d'altérations anévrysmales dans la rétine avec des anévrysmes des petites artères dans l'encéphale*, par M. Henry Liouville (séance du 7 mars).

« En 1868, à la Salpêtrière, dans le service de M. Vulpian,

ayant, d'après les travaux de MM. Bouchard et Charcot, été conduit par différentes autopsies à constater une altération généralisée du système artériel, existant dans des cas où il y avait, avec des hémorrhagies encéphaliques, un nombre considérable de petits anévrysmes sur les vaisseaux du cerveau, du cervelet ou des méninges, nous examinâmes la rétine, dont la circulation a des rapports si connexes avec celle de l'encéphale. Bientôt nous eûmes l'occasion de signaler anatomiquement, d'une façon certaine, l'existence de *lésions anévrysmales rétiniennes* se rencontrant *simultanément* avec des *anévrysmes encéphaliques*. Ce fait fut communiqué à la Société de biologie, en 1868, sous le titre de *Diathèse anévrysmale généralisée*.

» Depuis ce moment, d'autres observateurs ayant pris soin de vérifier ces assertions, en ce qui touche la circulation de l'œil, il en fut rencontré de nouveaux exemples.

» En janvier 1869, MM. Bouchereau et Magnan communiquaient à la Société de biologie les pièces d'un nouvel exemple remarquable de *généralisation des lésions anévrysmales* rencontrées chez un homme âgé seulement de cinquante-huit ans.

» La troisième observation que j'ai recueillie, en collaboration avec M. Charcot, est de date plus récente (février 1870). Il s'agit d'une malade âgée de soixante-douze ans, qui succomba à la Salpêtrière à la suite de petites attaques apoplectiformes. L'autopsie, faite par M. Charcot, avait révélé une quantité innombrable d'anévrysmes miliaires existant dans le cerveau, le cervelet, la protubérance et les méninges.

» Mais de plus, et surtout, existaient des *anévrysmes* dans *les deux rétines*. Ces dernières lésions des vaisseaux du fond de l'œil correspondaient à de petites hémorrhagies infiltrées dans les parois mêmes de la couche rétinienne.

» Enfin l'examen d'une de ces rétines, fait avec le microscope, confirmait absolument la structure anévrysmale de ces altérations vasculaires, et montrait encore plus les points de ressemblance qui existent, pour les modifications pathologiques de ce genre, entre les vaisseaux du fond de l'œil et les vaisseaux encéphaliques.

» Avec les antécédents, l'âge, l'état du système artériel constatable à la radiale, par la seule pression digitale ou par le sphygmographe ; enfin surtout avec les circonstances dans lesquelles s'étaient produites les dernières petites attaques apoplectiformes qui amenaient cette malade à l'infirmerie, on aurait peut-être été en droit de diagnostiquer la cause probable

des hémorrhagies encéphaliques, et de la placer dans une altération généralisée du système artériel, se traduisant par des modifications anévrysmales, presque partout analogues et également disséminées dans différents points du corps.

» C'est là, du reste, la conclusion pratique que nous voudrions avoir le droit de tirer des quelques faits précédents, qui démontrent manifestement et à la fois la coexistence et la relation d'altérations anévrysmales dans la rétine, avec des modifications pathologiques analogues sur les petits vaisseaux de l'encéphale. »

6° *Tétanos traumatique guéri par le chloral*, note de M. Verneuil (séance du 14 mars).

C'est le second succès obtenu avec le chloral.

7° *Observations relatives à la communication précédente*, par M. Guyon (séance du 21 mars).

8° *Communication relative aux cas de rage constatés en France de 1863 à 1868, d'après l'enquête instituée par le ministère de l'agriculture*, par M. Bouley (séance du 4 avril).

9° *Sur le bromure de potassium*, par M. Namias (séance du 18 avril).

M. Namias s'est assuré que le bromure de potassium était éliminé non-seulement par les urines, mais aussi par la salive. Il a pu également, dans une autopsie, constater la présence de ce sel non-seulement dans le sang et les autres liquides, mais aussi dans le cerveau, la moelle épinière, le foie, les poumons, etc. Ce sel n'est point assimilé.

A l'occasion de cette communication, M. Balard exprime le regret que les médecins dans leurs essais ne se servent pas plutôt du bromure de sodium que du bromure de potassium. Les humeurs animales, en effet, renfermant plus de soude que de potasse, on serait plus certain, avec le bromure de sodium, que les résultats obtenus sont réellement dus au brôme.

10° *De la part qui revient au brôme dans l'action thérapeutique des bromures*, note de M. E. Decaisne (séance du 25 avril).

« Pour répondre à la question posée, dans la dernière séance, par M. Balard, en ce qui regarde le bromure de sodium, je dirai que le bromure de sodium employé vingt-sept fois, aux mêmes doses et quelquefois à doses plus élevées que le

bromure de potassium, m'a donné les mêmes résultats dans les attaques épileptiques, choréiques, hystériques, etc.

» Le bromure de sodium a sur le bromure de potassium l'avantage d'être plus facilement éliminé, et son administration ne présente aucun danger. J'ai pu donner le bromure de sodium à un malade pendant un an sans produire cette saturation qu'on observe avec le bromure de potassium.

» L'action des deux bromures est différente sur l'intestin. J'ai souvent observé la soif et la constipation avec le bromure de sodium, et, au contraire, des coliques et de la diarrhée passagère avec le bromure de potassium.

» En somme, et pour me résumer, je pense, dès aujourd'hui, pouvoir dire que, dans les bromures, l'action thérapeutique appartient surtout au brôme. »

11° *Recherches sur les mouvements choréiformes du chien*, par MM. Legros et Onimus (séance du 9 mai).

Il résulterait de ces recherches que la chorée aurait son siége anatomique dans les cornes postérieures de la substance grise de la moelle.

12° *Sur l'action des bromures de sodium et de potassium*, par M. Castelhaz (même séance).

Les observations de M. Castelhaz sont confirmatives des résultats obtenus par M. Decaisne.

13° *De l'état de la contractilité musculaire, jugé comparativement au moyen des courants continus et des courants d'induction dans un certain nombre de paralysies et des conséquences qui en découlent*, par M. Jules Chéron (séance du 30 mai).

« La contractilité musculaire étudiée comparativement au moyen des courants continus et des courants d'induction, dans des cas de paralysies du deltoïde essentielles ou consécutives à une fièvre éruptive ou à un traumatisme, dans des cas de paralysies faciales dites rhumatismales et dans des cas de paralysies saturnines, donne les résultats que voici :

» 1° Dans les paralysies musculaires de la nature de celles que je viens de mentionner, les courants continus, à l'ouverture et à la fermeture, mettent en jeu la contractilité des organes paralysés alors que les courants d'induction, quelle qu'en soit l'intensité, ne peuvent produire la moindre contraction.

» 2° Dans ces mêmes cas, lorsque la guérison s'effectue, le

muscle qui a été frappé de paralysie se contracte sous l'influence de la volonté, et cependant les courants d'induction ne peuvent produire des contractions musculaires d'une façon appréciable, tandis que les courants continus, au contraire, les produisent à l'ouverture et à la fermeture d'une façon très-caractérisée. Par conséquent :

» 3° Les courants d'induction ne représentent point le meilleur mode de stimulation propre à mettre en jeu la contractilité des muscles paralysés, et il y a tout lieu de réformer cette proposition qui avait cours dans la science : *L'irritabilité électro-musculaire n'est pas nécessaire à la motilité.*

» 4° Il y a tout lieu aussi de distinguer, au point de vue de l'exploration électrique, deux sortes de contractilité électro-musculaire : 1° la contractilité farado-musculaire ; 2° la contractilité galvano-musculaire ; la première dénomination représentant la réaction des muscles sous l'influence des courants d'induction, la seconde la réaction des muscles sous l'influence des courants continus.

» 5° Enfin l'importance du rôle des courants d'induction dans certaines paralysies, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, doit être considérablement réduite par la connaissance des faits que nous venons de signaler. »

Société de médecine légale.

Années 1869 et 1870 (1).

1° *Sur un cas de séquestration prétendue arbitraire d'un aliéné*, par M. Brierre de Boismont (séance du 9 août 1869).

« Depuis vingt ans qu'un ancien fou déclame à propos de sa séquestration, dont il conteste la nécessité, ce genre de protestation s'est multiplié. Malgré les pétitions aux chambres, de ces malades, comme aucune de leurs plaintes n'a été sanctionnée par les tribunaux, l'arrêt qui condamne un médecin aliéniste pour ce nouveau genre de délit est encore à intervenir. L'exagération du mélodrame ne manque cependant pas à ces dénonciations. Le 3 août dernier, nous lisions dans le numéro

(1) Les travaux de la Société, pour les séances antérieures au 9 août 1869, ont été analysés dans les *Annales médico-psychologiques* en même temps que les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, où ces travaux sont publiés.

du *Petit Journal* le fait suivant : « Il n'est bruit, dans le quartier Saint-Gervais, que de l'enlèvement d'un honorable négociant, bien connu d'un grand nombre d'habitants. C'est un gai compagnon, qui aime peut-être un peu la bouteille, mais qui n'en a pas moins créé sa maison et la fait prospérer par son habileté et son esprit d'ordre. Le 20 du mois dernier, trois hommes descendaient subitement d'une voiture, le saisissaient devant son domicile et disparaissaient avec lui, emportés par de vigoureux chevaux. Qu'est-il devenu ? On suppose qu'il est caché dans une retraite aux environs de Paris, peut-être enfermé dans une maison de santé de la capitale ; on parle même de traitements horribles ! Nous n'insistons pas sur ce sujet. Ses voisins se sont émus ; on signe une pétition à M. le procureur impérial, et bientôt on saura à quoi s'en tenir sur ce singulier événement. »

» Cet entrefilet n'avait aucunement éveillé notre attention, lorsque, peu d'instants après avoir lu ce récit, un de nos employés vint nous dire qu'il s'agissait d'un malade qui avait été conduit le 20 juillet dans notre établissement. La demande avait été faite par la femme de l'aliéné ; elle était accompagnée du certificat d'un médecin du quartier, qui attestait la maladie mentale. L'examen que nous fîmes le jour même de l'entrée ne nous laissa aucun doute sur la nature de l'affection ; c'était un délire des buveurs. Le malade, qui était dans un état d'excitation, convint qu'il avait l'habitude de boire, qu'il avait fait des menaces à sa femme et l'avait même frappée. Le lendemain, M. A... avait repris son sang-froid et niait tous les faits qu'on lui reprochait, ce qui n'est pas rare chez les alcoolisés. Plusieurs jours après, comme il se plaignait d'être détenu sans motifs, nous envoyâmes ses lettres au commissaire de police de son quartier.

» Lorsque nous eûmes la conviction qu'il était le malade désigné dans l'entrefilet du *Petit Journal*, nous transcrivîmes l'article avec les pièces légales de l'admission, et nous adressâmes notre rapport à M. le procureur impérial et à M. le préfet de police, qui délèguèrent immédiatement des médecins pour examiner M. A... Ces formalités remplies, nous lui permîmes d'aller se promener avec un domestique, à la condition qu'il nous donnerait sa parole de rentrer dans l'établissement, promesse qu'il nous fit et qu'il tint religieusement jusqu'à sa sortie, qui eut lieu le 20 août, après le rapport du médecin et le certificat qui nous avait été demandé.

» Ce fut ainsi que se termina cette affaire. De détention arbitraire, de tourments horribles, il n'en fut plus question, quoique la note du *Petit Journal* eût été insérée dans plusieurs feuilles publiques. L'auteur de l'article, qui était venu visiter M. A... dans l'établissement, reconnut lui-même qu'il avait été bien traité, et qu'il sortait tous les jours. Naturellement il n'en dit rien dans son journal.

» Depuis que les attaques contre les asiles ont été accueillies par les journalistes, avec cet esprit d'impartialité, de justice et de science pratique qu'ils montrent dans tous les sujets qu'ils traitent, nous avons pris le parti de ne recevoir aucun fou raisonnant et nous nous en sommes bien trouvé. Mais nous avons aussi eu la curiosité d'examiner attentivement les faits de séquestration qu'ils signalent avec tant d'indignation. Dans cette intention, nous nous sommes adressé aux chefs d'établissements publics et privés, et les documents qu'ils nous ont transmis ne nous ont laissé aucun doute sur la légèreté avec laquelle toutes ces accusations étaient produites ; malheureusement la loi sur le secret médical nous oblige à garder dans nos cartons les résultats de ces recherches. Les plaintes sur l'internement forcé sont aussi vraies que les descriptions des asiles, transformés en affreux cachots. M. Jules Simon, qui a visité pendant cinq heures l'asile de Limoges, doit savoir à quoi s'en tenir sur cette opinion.»

2° *Examen de la loi sur les aliénés*, par M. Horteloup, rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Béhier, Brierre de Boismont, Chaudé, Choppin, Hémar et Guérard (séance du 14 février 1870).

3° *Résumé de la discussion soulevée par le rapport précédent*, par M. Béhier (séance du 11 avril 1870).

Il nous paraît suffisant, pour que nos lecteurs sachent comment la question a été envisagée à la Société de médecine légale, de reproduire intégralement la communication, d'ailleurs très-complète, de M. Béhier.

« Depuis un certain temps la question de l'aliénation mentale était agitée devant le public, des plaintes étaient produites, des faits étaient racontés, des critiques étaient faites sur la loi de 1838; un projet de loi, émanant de l'initiative de deux membres du Corps législatif, était déposé sur le bureau de cette assemblée; enfin une commission était nommée par S. E. le ministre de l'intérieur, lorsque la Société de médecine légale a

pensé que, vu sa composition tout exceptionnelle, c'était un devoir véritable pour elle d'évoquer devant soi cette question, de vérifier la provenance des plaintes et leur valeur, d'examiner les faits annoncés avec tant d'assurance et avec tant de bruit, d'étudier la loi de 1838 dans son texte, dans son application de chaque jour, et de soumettre à une critique raisonnée les projets mis en avant pour la remplacer.

» Une commission composée de parties égales de membres de la magistrature ou du barreau et de médecins a été réunie; elle a étudié les diverses questions énumérées tout à l'heure et elle a présenté à la Société le résultat de cette étude, résultat formulé dans un rapport très-complet et très-distingué (1). Ce rapport a été l'objet d'une discussion qui a occupé plusieurs séances.

» De cette discussion sont résultées des convictions bien arrêtées, qui portent pour tous les membres de la Société le cachet d'une démonstration précise.

» Avant de les formuler en un résumé qui reproduit en substance les opinions acceptées par la Société de médecine légale, cette Société croit devoir faire remarquer qu'elle est pleinement désintéressée dans ce débat comme dans tous ceux qui sont portés devant elle.

» C'est seulement au point de vue de la pratique saine, appuyée sur la science bien établie et sur l'expérience bien démontrée, que la Société de médecine légale a toujours prononcé dans les questions qui lui ont été soumises. Elle a toujours fait abstraction des personnes et des intérêts mis en jeu dans le cas qu'elle a dû examiner. Elle ne s'est nullement départie, en cette circonstance particulière, de sa règle de conduite habituelle. L'intérêt bien entendu des aliénés, le respect de la liberté individuelle et les garanties que cette liberté réclame et commande; le droit qu'ont les familles de faire soigner leurs malades de la façon la plus sérieuse ment et la plus promptement efficace; le droit que tout un chacun possède de se savoir à l'abri des dangers que certains aliénés peuvent créer pour tous; le devoir qui incombe à la société en général d'assurer à chacun cette sécurité : telles sont les conditions diverses que la Société de médecine légale a eues constamment en souci pendant toute cette discussion.

(1) Ce rapport a été fait par M. Horteloup (*Ann. d'hyg.*, 1870, t. XXXIV, p. 167).

» La Société de médecine légale a examiné les plaintes qui à plusieurs reprises ont été faites contre la loi de 1838 qui règle la condition des aliénés. Elle a reconnu que ces plaintes étaient de deux ordres. Les unes émanent d'anciens aliénés dont la condition mentale est devenue meilleure et qui ont été rendus à la vie commune. La Société de médecine légale n'a pas été surprise de voir ces malades produire de telles récriminations; elle sait par expérience acquise, et bien acquise à ce sujet, qu'il en est habituellement ainsi. Elle sait que cette catégorie d'aliénés agit constamment de cette façon, et elle a reconnu, aux singulières exagérations, aux fausses tés notoires qui se trouvent à chaque pas dans ces plaintes, les caractères habituels de la situation mentale qui les a dictées. La Société de médecine légale n'a donc pas été surprise de voir ces plaintes se produire, mais elle a regretté et elle s'est étonnée de les voir acceptées par certaines autres personnes. Elle comprend au reste, après examen consciencieux, comment ces personnes ont été amenées à se joindre aux plaintes qui viennent d'être indiquées. Les uns, de bonne foi, ont frémi, à bon droit, en croyant aux faits énumérés dans ces factums. C'est pour ces personnes de bonne foi que la Société a regretté de voir la facilité avec laquelle, sans examen, sans contrôle, elles acceptaient comme réels et comme sensés des documents dont la moindre enquête leur aurait prouvé la fausseté et dont la science démontre l'insanité, insanité qui est devenue une connaissance vulgaire et presque banale pour ceux qui savent la question.

» D'autres personnes se sont fait l'écho de ces plaintes, et pour celles-là la Société de médecine légale a regretté de rencontrer des gens cherchant pour telle ou telle feuille un article à effet ou des personnes trouvant dans ces plaintes mal assises un moyen d'opposition, une matière à récrimination contre l'administration.

» Elle regrette de voir qu'on se permette cette déloyale exploitation de misères respectables. Aussi elle croit ne pas avoir à s'occuper sérieusement de ces deux catégories de plaignants, que la question de l'aliénation n'intéresse pas directement et réellement. On ne peut que s'affliger de voir compromettre ainsi à l'étourdie et pour de pareils motifs une loi dont l'économie couvre d'une salutaire égide toute une classe de malades intéressants, lesquels ont d'autant plus de droits à une protection bien entendue, que leur situation est plus triste et plus grave.

» La Société de médecine légale a donc déclaré et déclare très-nettement que les plaintes qui ont servi de point de départ à toute cette agitation, agitation qu'elle a étudiée avec soin, sont sans valeur, reconnaissent pour cause, soit l'une des phases bien connues de l'aliénation mentale, soit la mise en jeu de passions qui ne sont rien moins que respectables. La Société de médecine légale a contrôlé avec soin les *faits* sur lesquels on s'est appuyé pour attaquer la loi de 1838.

« Il ne se passe pas de mois, il ne se passe pas de semaine, » a-t-on dit, que de nouveaux faits ne viennent démontrer la » nécessité chaque jour plus grande d'une réforme. » Il y a dans ces paroles plus qu'une grande exagération. Les faits très-peu nombreux mis en avant, ces faits qui correspondent à des noms propres, qui, selon un des critiques de la loi, « sont dans toutes les bouches, » ces faits ne souffrent pas une discussion sérieuse. Tous ont reçu des solutions judiciaires qui confirment de tous points les diagnostics portés par la médecine. Veut-on parler des suivants, qui ont été l'objet de grands bruits et de grandes attaques? Est-ce un homme qui jette ses meubles par la fenêtre à propos d'une querelle de famille, et qui met le feu sur la voie publique à ces débris, prétendant qu'il a le droit d'agir ainsi, puisque ces meubles sont à lui? Quatre ou cinq incidents de plus en plus caractéristiques ont à quatre ou cinq reprises ramené le malade en maison de santé, et ont démontré que les médecins avaient eu raison de voir là la suite d'un véritable état d'aliénation, inaccepté cependant tout d'abord par les amis du malade. Est-ce un homme qui réclame auprès du Sénat contre son placement dans une maison de santé, qui est calme et paisible, mais qui, tout en réclamant en fort bons termes qu'on le rende à la liberté, déclarait avec une parfaite quiétude au médecin que la responsabilité de ses actes ne lui appartenait pas, mais bien à l'*Homme-Dieu* qui était en lui, et qui lui commandait les actes qu'il accomplissait? Ce malade, par exemple, considérait qu'on n'aurait aucun compte à lui demander de l'assassinat ou du viol, s'il les commettait, puisque c'était l'Homme-Dieu qui les commanderait. Est-ce cet homme qui a tant fait parler de lui, et qui, examiné par tous, a été par tous reconnu aliéné, dont la vie décousue, criblée de dettes, de faux et d'actes de chantage, n'est soutenue que par les aumônes, qu'une faiblesse regrettable lui accorde? Est-ce un homme qui, notoirement aliéné, au moment où l'on fut contraint de le placer dans un établissement spécial

est resté dans une situation de manie raisonnante, situation bien connue de la science, et qui, conformément aux habitudes de ces sortes d'aliénés, réclame pour prouver qu'il n'a jamais été un fou, mais qu'il a été une victime des écrits et des articles qui sont la démonstration scientifique de son état antérieur et presque actuel d'aliénation? Est-ce cet homme qui, tout récemment encore, était présenté comme une victime, et qui, commettant en public des actes d'impudicité constatés par les jugements rendus à ce sujet, employant sa vie à mûrir des projets insensés et des inventions futiles, lesquels, disait-il, devaient l'enrichir, qui, déclaré aliéné, injuriait dans une lettre le journaliste qui l'avait étourdiment défendu, et prenait la fuite au moment où la saine raison lui aurait dû commander de rester, s'il n'avait pas été un aliéné atteint d'une forme de folie bien claire et bien connue?

« Il ne se passe pas, dit-on, de mois ; il ne se passe pas de » semaine que de nouveaux faits ne viennent démontrer la » nécessité d'une grande réforme. » La Société de médecine légale a vainement cherché, en dehors des exemples qui viennent d'être rappelés, ces faits si nombreux, qu'ils sont hebdomadaires. Elle nie après enquête ; elle nie formellement leur existence. Elle n'a pas trouvé dans ses recherches « que » l'impossibilité de la plainte ait été savamment organisée, et » qu'on ait tout combiné, de bonne ou mauvaise foi, pour » protéger la violation de la liberté individuelle, étouffer toute » protestation, supprimer tout recours après avoir enchaîné » toute résistance. » Elle n'a pas non plus reconnu, par un sérieux examen, la vérité de cette autre allégation, « que la dé- » tention devient la plupart du temps légale, par cela seul » qu'elle a eu lieu, et le devient d'autant plus qu'elle se pro- » longe davantage. »

» Elle a eu au contraire connaissance de toutes les enquêtes faites depuis longues années à la moindre réclamation. Elle sait le nombre considérable des lettres transmises aux magistrats, au préfet de police, suivies d'enquête toutes les fois que leur caractère évident de folie ne rendait pas superflue une nouvelle étude. Elle pourrait même signaler des exemples dans lesquels l'enquête, faite d'office par un commissaire de police ignorant de ces sortes de questions, tombait devant le premier examen d'un expert, tant la folie du malade était éclatante. La conviction profonde de la Société de médecine légale, elle le déclare hautement, est que les exemples mis en avant ont été allégués sans motif, et elle n'a pu, après une

étude consciencieuse, reconnaître dans un seul des faits qui ont été présentés comme des exemples de séquestration coupable, arbitraire, ou résultant d'une erreur médicale, le caractère qui leur avait été assigné. L'enquête à laquelle elle s'est livrée n'a pu découvrir aucun autre exemple qui puisse venir en aide aux assertions si bruyamment énoncées. Elle a même dans la discussion entendu un honorable membre, qui a été magistrat pendant dix-neuf ans, déclarer que, dans cette longue carrière parcourue dans des ressorts divers, il n'avait jamais rencontré un seul fait dans lequel le médecin pût être suspecté d'erreur ou de mauvaise foi. Témoignage précieux, car il est la conséquence de la pratique, et répond topiquement aux accusations déclamatoires de plusieurs documents.

» La Société de médecine légale déclare après examen que la loi de 1838 lui paraît bonne; elle réunit les deux garanties que le traitement et l'intérêt des aliénés réclament impérieusement, savoir : *célérité, discrétion*. Toute loi prétendant régler le sort de ces malades, et qui ne remplira pas tout d'abord ces deux conditions, lui paraît par cela même mauvaise.

» La *célérité* est indispensable, si l'on veut la guérison de l'aliéné, guérison qui est d'autant plus possible qu'on la tente plus tôt.

» L'excellent rapport que la Société a entendu montre d'ailleurs, par des exemples saisissants, combien l'intérêt des aliénés fait de la discrétion la plus complète un devoir rigoureux et indispensable.

» La Société de médecine légale déclare que la loi de 1838 satisfait aux conditions bien entendues du traitement de l'aliénation mentale, sauf quelques modifications légères qui seront formulées plus loin.

» Le rapport qu'elle a entendu, la discussion qui a eu lieu dans son sein, lui font un devoir de cette affirmative.

» Elle reconnaît à la loi de 1838, entre autres qualités, celle de ne pas diviser la responsabilité, et, par conséquent, de la laisser plus réelle et plus sérieuse. C'est là un point de vue sur lequel elle insiste vivement. Ses membres ont tous partagé cette manière de voir.

» Elle croit devoir relever en outre les attaques suivantes.

La loi de 1838, dit un document, est vicieuse parce qu'une » partie a été conçue ou dictée par des médecins, hommes » spéciaux qui n'entendent rien à l'art de faire des lois ; l'autre

» appartient tout entière à des légistes qui ne savent pas le » premier mot de la médecine. C'est assez dire qu'elle doit » abonder en contradictions.... »

» La Société de médecine légale croit qu'il suffit de lire ce passage pour en sentir la déficience absolue. Elle y voit seulement une formule de style d'un goût douteux, et dont le bon sens est absolument banni. Par qui veut-on qu'une loi soit faite si elle ne l'est pas par des législateurs? et si cette loi a trait à la médecine, par qui peuvent être donnés les renseignements médicaux propres à éclairer les législateurs, si ce n'est par les médecins? Il faut cependant qu'une loi nécessaire soit faite par quelqu'un, et la Société de médecine légale a eu beau y regarder attentivement, elle n'a vu personne qui pût faire une loi chargée de régler le sort de malades aliénés, si ce n'est un concours de législateurs prenant conseil, sur les points médicaux que soulevait la loi, de médecins compétents et honorables. Le bon sens le plus élémentaire est satisfait de cette combinaison.

» Au reste, comme l'a dit dans la discussion un honorable magistrat, membre de la Société, ce sont là des niaiseries qui font hausser les épaules. La Société s'explique d'ailleurs ces critiques puériles, car elles émanent d'un ancien aliéné. Ce qu'elle s'explique moins, c'est que ces dires aient été ramassés si bas par des personnes qui, proposant une loi nouvelle, auraient dû se montrer tout à la fois plus scrupuleuses sur le choix des critiques, quand elles tentent d'en faire des arguments, et plus scrupuleuses sur le choix et sur la valeur des autorités auprès desquelles elles cherchaient la lumière. Elles auraient trouvé un grand enseignement si elles avaient pris la peine de voir quels hommes avaient soutenu la discussion dans les diverses phases qu'a subies la loi de 1838. Il y a là des garanties plus sûres que les diatribes d'un aliéné mal guéri. Ce travail aurait épargné à ces personnes une autre assertion qui prouve d'une manière éclatante leur ignorance de la question. La loi, est-il dit, aurait été faite à la légère. La Société de médecine légale, qui a pris, elle, la peine de regarder à la question, doute qu'on puisse considérer comme édictée à la légère une loi qui a été l'objet de longues discussions à la Chambre des députés, puis à la Chambre des pairs, et qui est venue subir une seconde fois cette double épreuve. Que pourrait donc être une loi sérieuse, si celle-ci a été faite à la légère ?

» La Soeiété de médecine légale a examiné avec grand soin le projet de loi dont il a été parlé plus haut.

» Dans l'opinion de la Société de médccine légale, ce projet serait aussi nuisible aux aliénés qu'aux familles et qu'à la société tout entière. Les points suivants sont positivement démontrés pour la Société de médecine légale.

» C'est une erreur de toujours considérer l'aliéné ou l'individu qui semble l'être comme un accusé. Jamais une telle assimilation ne peut et ne doit être faite : l'aliéné est un malade dont il s'agit de reconnaître et de traiter la maladie. C'est donc une question de maladie qu'il s'agit d'examiner. Le projet de loi, ramassant dans des articles d'un ancien aliéné, et dans ceux de certains journaux à effet, des allégations sans preuves, établit que les médecins ne sont pas compétents, parce qu'il n'est pas sorti de leurs études un corps de doctrine, des principes certains comme des axiomes de géométrie. La Société de médecine légale ne croit pas qu'il y ait en médecine beaucoup de questions qui puissent être formulées et appliquées avec la rigueur d'un axiome géométrique. Parler d'une telle précision est déjà la preuve d'une ignorance singulière. La médecine et la médecine mentale ont des connaissances scientifiques très-nettement collcctées et réunies.

» A ce point de vue, la science a son Code dont les articles constituent le texte de sa loi; mais l'auteur de la citation a tort de dire que, dans le Code de nos autres lois, les juges trouvent leur jugement formulé, et les justiciables leur sort écrit d'avance. Il y a, dans cette assertion, une singulière erreur, car l'administration quotidienne de la justice montre que les jugements ne se formulent pas si clairement et si simplcment ; que le sort des justiciables n'est pas si nettement écrit d'avance dans le Code. Un avocat devrait bien savoir que c'est là une erreur monstrueuse, et l'on s'étonne de voir employer dans l'cspèce une comparaison aussi contraire à la vérité.

» Le médecin fait ce que fait le magistrat : il applique aux états individuels les données de la science, comme le juge applique les données du Code aux cas individuels qui lui sont soumis. Quant à nier les énormes progrès que la médecine mentale a accomplis dans ces vingt dernières années, il faut l'ignorance la plus absolue ou la plus systématique pour oser le tenter. La Société de médecine légale est tout à fait édifiée à ce sujet, et clle a vu avec regret des lambeaux

d'écrits d'aliénistes présentés isolément et pris par tronçons pour servir la cause fâcheuse que l'on soutient avec une bonne foi douteuse.

» La Société affirme de nouveau, ce que le sens commun reconnaîtra, si la passion ou la maladie ne viennent pas l'obturer, savoir, que la connaissance de l'aliénation mentale, maladie véritable, est une question du ressort du médecin. La Société déclare même très-positivement que c'est une question souvent des plus difficiles, et que certains exemples demandent des connaissances et une expérience spéciales. Tels sont certains cas de manie raisonnante si graves par le trouble qu'ils portent dans les familles ; certains cas de folie avec hallucinations, lesquels présentent un danger souvent mortel pour ceux qui sont en contact même accidentel avec cette catégorie si fréquente d'aliénés, dont l'apparence est calme et la dissimulation complète ; certains cas de démence paralytique au début, qui, par les actes insensés accomplis, peuvent amener la ruine des familles.

» Ces cas sont pleinement et nettement connus des médecins ; le nombre de ces exemples est très-considérable. Des signes physiques établissent plusieurs de ces diagnostics, et ces signes physiques ont besoin, pour être constatés, d'une expérience spéciale que l'homme du monde ne peut apprécier, et que le médecin possède après une étude particulière.

» La Société de médecine légale nie formellement que tout » homme de bon sens puisse connaître et décider ces ques- » tions spéciales : à chacun son état, à chacun son labeur ; aussi » elle repousse formellement l'étrange institution, proposée au » projet de loi, d'un jury de douze personnes. »

« Il faut connaître enfin, est-il dit dans ce projet singulier, que juger si un homme est fou et de plus dangereux est une question de bon sens : qui peut mieux la résoudre que douze hommes, dont six représentent les corporations éclairées : le tribunal, le barreau, le notariat, le conseil municipal ; six autres pris sur la liste annuelle du jury représentent le bon sens vulgaire ?... »

» La Société de médecine légale se refuse à croire que cette question, souvent difficile pour les médecins, même après des études spéciales, puisse et doive être résolue par des avocats, des notaires, des conseillers municipaux, ou même par les autres personnes que fournira la liste annuelle du jury. Il y a là quelque chose qui répugne à l'expérience de la Société,

quelque chose que la discussion a constamment fait ressortir comme une conception inapplicable.

» La délibération de ce jury, sa convocation paraissent bien lentes et bien difficiles à la Société de médecine légale : il faudra bien du temps pour arriver à une conclusion. Or l'expérience de chaque jour est là, qui prouve de la façon la plus éclatante que les familles se séparent toujours trop tardivement des malades, dans l'intérêt de ces derniers. A ce temps regrettablement perdu il faudra en ajouter un autre, celui de la convocation et de la décision du jury. A ce point de vue, la célérité nécessaire à la curation de l'aliéné sera déjà compromise par la singulière loi qu'on propose, et le pauvre malade ne trouvera, ni la compétence, ni la rapidité d'action auxquelles il a droit.

» La Société de médecine légale, avec la connaissance réelle qu'elle a de la question de l'aliénation, croit qu'il y aurait grand danger pour la santé de l'aliéné à le faire assister à la discussion de son état mental, discussion dans laquelle il serait soutenu et défendu par un avocat médicalement incompétent dans une question médicale. A part l'étrangeté du rôle de ce dernier, elle croit que le malade sortirait bien plus malade encore d'une semblable séance. Il ne peut, pour qui sait les choses, y avoir aucun doute à ce sujet. La Société pense que cela serait bien autre chose pour un pauvre cerveau détraqué que ce que le projet de loi appelle les tortures de l'interrogatoire. Quant à la discrétion, qui est une loi et une nécessité dont les auteurs du projet ne paraissent pas se douter, comment serait-elle observée, quand treize personnes au moins auraient connu et décidé de l'état mental d'un individu? Les exemples sont nombreux de malades qui ont traversé les établissements et en sont sortis sans que leur passage à travers cette rude épreuve ait été connu du public. Leur situation, leur fortune ont été sauvées. Un jury de douze personnes aurait perdu tout cela.

» La Société se demande aussi, elle qui connaît la question, si beaucoup de familles consentiraient à conduire devant ce jury de douze membres leur jeune fille dont la folie pervertit les instincts et souille le langage et les gestes. Ces plaies sont découvertes au médecin de la famille, elles sont cachées à l'œil curieux du public ; on reculera devant la nécessité de prendre douze confidents de semblables misères, et il y a légèreté bien cruelle à proposer de semblables mesures.

» La famille a le droit, selon la Société de médecine légale, de se refuser à cette publicité ; et sans aucun doute, en présence de cette nécessité, bon nombre de malades seraient désormais conduits à l'étranger, qui nous a emprunté notre législation tant accusée. Les familles prendraient certainement cette détermination plutôt que de soumettre leurs malades aimés aux dangers et aux souffrances du jury conservateur que veut le projet de loi.

» La Société de médecine légale a encore relevé dans ce projet bien d'autres preuves de l'ignorance complète dans laquelle sont ceux qui l'ont rédigé, touchant la question qu'ils abordent. Elle veut seulement déclarer son opinion sur l'une d'elles.

» Elle affirme que, selon l'expérience la mieux établie, que selon l'observation de chaque jour, c'est une grossière erreur de dire que la séquestration dans un établissement spécial ait un effet nuisible pour un aliéné, qu'elle « puisse en trois » jours produire une dislocation irrémédiable de la pauvre » intelligence humaine. » Le contraire absolu est démontré. La Société de médecine légale, qui le sait pertinemment, regrette de voir avancer à titre de preuves des assertions aussi parfaitement contraires à la vérité contrôlée chaque jour.

» Si M. le ministre de l'intérieur (1) a assigné cette cause à la mort fréquente des aliénés peu après leur admission dans des établissements spéciaux, c'est qu'il a été mal renseigné. La Société de médecine légale n'accepte pas cette interprétation. Elle sait que si les malades succombent peu après leur entrée, c'est que, d'abord, certaines formes aiguës de l'aliénation sont liées à des lésions cérébrales qui pardonnent peu et tuent vite; et quant aux formes moins violentes, elle a constaté au contraire que les morts, rares d'ailleurs, qu'elles entraînaient, n'avaient lieu peu après l'admission des malades que parce que cette admission était tardive : telle est la mort des lypémaniaques qui, refusant depuis longtemps les aliments que les membres de la famille ne savent pas leur ingérer artificiellement, entrent dans la maison de santé affaiblis par une inanition extrême et déjà irrémédiable.

» Non, notre Société le répète, la séquestration dans un asile

(1) C'est le ministre du commerce et non celui de l'intérieur que M. Béhier aurait dû dire. L. L.

ne crée, l'expérience l'affirme positivement, aucun danger pour la raison ou pour la vie de l'aliéné.

» La séquestration est le seul moyen efficace dans beaucoup de formes d'aliénation.

» La Société de médecine légale l'approuve comme moyen de thérapeutique, loin de la repousser. C'est assez dire qu'elle laisse aux feuilletons et aux factums des aliénés ces comparaisons qu'elle ne peut s'empêcher de trouver ridicules, et qui ramènent les mots de Bastille et de lettres de cachet à propos de la loi de 1838.

» La Société de médecine légale, tout en déclarant que cette loi de 1838 lui semble une des meilleures lois qui aient été édictées, s'était posé la question, à savoir si l'on pouvait, sans changer son économie, apporter quelques modifications donnant de nouvelles garanties.

» Votre commission nous avait proposé d'exiger double signature sur le certificat, et de demander dans les trois jours la visite, non pas d'un seul médecin, mais de plusieurs réunis en commission.

» Après une discussion approfondie, vous n'avez pas cru devoir accepter cette proposition, qui ne donne pas, dans la pratique, de bons résultats.

» Mais une autre proposition, faite par MM. Chaudé et Brierre de Boismont, a réuni vos suffrages, car elle donne une nouvelle garantie très-importante. Le chef de l'établissement, au lieu d'envoyer le certificat d'entrée au préfet seul, devra l'envoyer en même temps au président du tribunal, qui nommera un expert chargé d'examiner le malade.

» On aurait ainsi l'avantage d'avoir un double certificat, et, en engageant la responsabilité morale de la magistrature, on éviterait ainsi un grand nombre de procès.

» Quant aux visites plus fréquentes des procureurs impériaux que la commission avait proposées, la Société a cru qu'il suffisait d'exiger que l'on se conformât à la loi pour arriver à un résultat analogue.

» En résumé, la Société de médecine légale a adopté les conclusions suivantes :

» 1° Copie du certificat médical devra être envoyée au président du tribunal civil du ressort où se trouve l'établissement.

» 2° Dans les trois jours, le président nommera un médecin chargé de visiter le malade et de lui faire un rapport.

» 3° Toutes les visites désignées dans l'article 4 seront rendues obligatoires, et chaque visite sera suivie d'un rapport. »

Comme nous avons à plusieurs reprises exposé dans ce journal ce que nous pensions de la loi de 1838 et des modifications qu'on a proposé d'y apporter, nous ne croyons pas devoir, pour le moment du moins, entrer de nouveau dans l'examen de la question.

L. LUNIER.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal le « **Mental science.** »

3e trimestre, juillet 1869.

Analyse par le Dr E. Dumesnil.

ARTICLES ORIGINAUX.

1° *Emmanuel Swédenborg*, par le Dr H. Maudsley.

2° *Observations sur les causes de décès dans le cas de folie chronique*, par le Dr R. Boyd.

3° *Remarques sur l'usage des bromures dans le traitement de l'épilepsie et d'autres névroses*, par le Dr B. Kesteven.

4° *Une visite à l'asile de Friedrichsberg*, par le Dr F. Oppert.

5° *Matière et force considérées dans leur relation avec les phénomènes de l'ordre mental et cérébral*, par le Dr Dickson.

6° *Les centres perceptifs et leur localisation*, par le révérend G. Davies.

La vie et les écrits du théosophe Swédenborg, qui ont déjà donné lieu à de nombreux travaux, viennent d'être l'objet d'un nouveau livre, en deux volumes, par un auteur anglais (1867), M. W. White. Cette remarquable publication a suggéré au Dr H. Maudsley l'idée de présenter une étude psychologique et pathologique du philosophe mystique qui se crut appelé à fonder une nouvelle Eglise, « *la Jérusalem céleste* », et dont les disciples se sont répandus en Suède, en Allemagne, en Angleterre et même jusque dans les États-Unis et aux Indes.

Il est probable que cette secte est depuis longtemps dans

sa période de décadence ; mais, si quelque rêveur mal inspiré voulait encore chercher dans les œuvres de Swédenborg des révélations métaphysiques et même scientifiques, il serait heureux que les pages du Dr Maudsley pussent lui tomber sous les yeux ; s'il n'était pas alors convaincu de l'inanité de sa poursuite, c'est qu'en vérité il serait déjà un *candidat* à l'affection de celui qu'il voudrait prendre pour guide et pour chef.

Il ne faut pas croire toutefois que le Dr Maudsley ne voit dans les écrits du philosophe suédois que rêveries absurdes et maladives ; personne mieux que lui, au contraire, n'en découvre mieux les points brillants et lumineux, soit qu'il analyse la partie qu'on peut appeler œuvres de science exacte, soit qu'il expose celle qui concerne les conceptions mystiques. Il ne dit pas qu'il ne faut pas lire Swédenborg, il enseigne au contraire comment il faut le lire et jusqu'à quel point on peut tirer utilité et profit de cette lecture, si on a le courage de l'entreprendre ; il rend hommage, à chaque instant, aux connaissances profondes, à l'ardeur de s'instruire, à l'originalité de conception, à la faculté de généralisation, aux qualités sociables et privées de celui qui était affable et accessible à tous, qui sut conserver ses amis, que ses serviteurs entouraient de soins dévoués et à qui son amour de l'humanité a inspiré « *un code qui renferme non-seulement toute la moralité du Nouveau Testament, mais qui, de plus, s'adapte aux exigences de la vie quotidienne dans un monde où les méchants abondent.* »

Ce fut vers 1743, à l'âge de 55 ans, qu'un grand changement se manifesta dans les vues, les travaux et les tendances de Swédenborg. A dater de ce moment, où il abandonna entièrement le terrain de l'expérience pour entrer dans le monde spirituel, les preuves du dérangement de son esprit ne peuvent plus être récusées ; mais il appartenait à un psychologiste tel que le Dr Maudsley, de pouvoir les placer dans leur jour et à leur rang, et de présenter méthodiquement et doctrinalement avec sa véritable interprétation, la série des symptômes et des signes des lésions mentales qui ont obscurci une si belle intelligence. L'observation, peut-on dire, est prise de main de maître et semée d'aperçus les plus instructifs et les plus originaux. Mais l'auteur ne s'est pas contenté de cette tâche, facile pour lui, il a voulu prendre le sujet de plus haut et rechercher les premières traces de la névrose ;

il sait découvrir une certaine teinte héréditaire, une organisation nerveuse, l'influence de scènes domestiques de nature à vivement impressionner l'imagination d'un enfant, l'imprudence de direction dans l'instruction et l'éducation, etc., etc.

Ainsi, le père de Swédenborg, évêque de Skara, était si sûr de lui-même et de l'efficacité de ses prières, qu'il était persuadé d'opérer des cures merveilleuses. Un jour, dit-il, on lui amena une jeune domestique qui était possédée de corps et d'esprit par des démons. Il la fit s'agenouiller et prier avec lui, et bientôt elle se leva forte, réconfortée et tout à fait délivrée. Un autre jour, cette jeune fille (véritablement hystérique), était étendue insensible et à demi suffoquée, alors il s'écria à haute voix : « Éveille-toi et lève-toi, au nom de Jésus-Christ. » Aussitôt elle revint à elle, et se mit à parler. Une de ses servantes éprouvait au coude une douleur violente que rien ne pouvait soulager, de sorte que depuis plusieurs jours et plusieurs nuits elle poussait des plaintes sans prendre ni repos ni sommeil. « A minuit, raconte-t-il, elle vint dans la chambre où je dormais avec ma chère épouse et me pria de lui enlever, pour l'amour du Christ, cette atroce douleur, sinon qu'elle allait se tuer. Je me levai, je touchai son bras et ordonnai à la douleur, au nom de Jésus-Christ, de disparaître, et à l'instant ce bras fut en aussi bon état que l'autre. Gloire à Dieu seul ! »

Tels sont les tableaux émouvants que, dès son jeune âge, Swédenborg voyait se dérouler sous ses yeux. Sans doute son père était doué d'une étonnante confiance en lui-même, d'une grande force de caractère, d'une activité singulière (lui qui avait écrit tant de volumes qu'on aurait pu en charger plusieurs chars); mais ces qualités dont il hérita, même d'une manière exagérée, n'ont point été, suivant le Dr Maudsley, un avantage sans mélange, quelques-unes étant déjà tellement outrées chez le père que le maintien d'un bon équilibre était bien problématique.

Dans un pareil milieu, les idées de Swédenborg devaient presque inévitablement prendre une direction fatale. Il nous l'apprend lui-même : « Depuis ma quatrième jusqu'à ma dixième année, a-t-il écrit, mes pensées étaient constamment absorbées en réflexions sur Dieu, le salut, et sur les affections spirituelles de l'homme. Je révélai souvent dans mes discours des choses qui remplissaient mes parents d'étonnement et leur firent déclarer plus d'une fois que certainement *les*

anges parlaient par ma bouche. Depuis ma sixième jusqu'à ma douzième année, mon plus grand bonheur était de converser avec les membres du clergé concernant la foi, et je leur faisais observer : que la charité ou l'amour est la vie de la foi, » etc., etc.

Il possédait une particularité notable qui le caractérisait, affirme-t-il, dès ses plus jeunes ans et le différenciait des autres enfants ; c'était de pouvoir suspendre presque entièrement son haleine. Lorsqu'il était absorbé dans la prière, il semblait à peine respirer. Autre caractère distinctif remarquable de cet enfant prodige, dit le Dr Maudsley, d'après lequel il bâtit ensuite d'importantes théories sur la respiration, et que ses disciples considèrent comme lié avec le pouvoir qu'il prétendait posséder d'entrer dans le monde spirituel sans quitter son enveloppe de chair. « Une explication beaucoup plus terre-à-terre, ajoute notre confrère, se présente néanmoins bien plus rationnellement. Les médecins qui sont ordinairement consultés pour des enfants ayant des prédispositions nerveuses, menacés d'épilepsie ou de folie, ne manquent pas de se rappeler des cas où les jeunes malades sont tombés dans des extases et ont articulé des sons qui semblaient ne pas leur appartenir. Tantôt ces crises se transforment progressivement en attaques choréiques, tantôt elles peuvent alterner avec de véritables crises d'épilepsie ou y passer graduellement. Loin d'être un objet d'admiration, ces conditions sont plutôt d'un fâcheux présage, et les parents dont l'enfant est ainsi affecté, que ce soit par un souffle du ciel ou un souffle de l'enfer, agiraient sagement en le confiant à quelque praticien, afin de conjurer les anges ou les démons par l'efficacité des agents thérapeutiques. »

Ainsi, né, vivant et se mouvant dans une atmosphère de conversations religieuses, de discussions théologiques où l'intervention céleste ne faisait pas défaut; entendant les prières interminables, les exhortations, les sermons de son père, les admirations de sa famille devant ses discours enfantins, alors surtout que *les anges parlaient par sa bouche;* quoi d'étonnant que Swédenborg ait été précocement imbu d'idées singulières qui plus tard devaient porter leurs fruits, amener les conséquences que l'on connaît, et marquer tout de leur empreinte, sans en excepter les spéculations qui semblaient cependant uniquement dirigées en vue de résultats pratiques.

Il n'est pas de problème, en effet, qu'il ne se croie apte à

pénétrer et à résoudre; ses mémoires se succèdent sur les sujets les plus variés et les moins réalisables. Il lui faut *une nouveauté pour chaque jour de l'année*. Il s'irrite de ne pas trouver de patronage en Suède pour ses spéculations et ses inventions; l'indifférence de ses parents, à ce sujet, lui est pénible; il se plaint que son beau-frère lui a ravi l'affection de son père. Il n'en poursuit pas moins son chemin qui ne le mène à aucun but, et émet les conclusions de ses découvertes avec une conviction, une assurance, n'ayant rien d'arrogant ni de blessant sans doute, mais qui sont si immenses, si sûres d'elles-mêmes, qu'on ne saurait guère en rencontrer de semblables en dehors des murs d'un asile, et qui ne sont pas très-rares chez le monomaniaque élaborant des théories ardues de l'univers qui surgissent des profondeurs de son esprit troublé.

C'est en groupant tous ces *points noirs*, en interprétant leur véritable signification, que le Dr Maudsley jette un nouveau jour sur les causes, la marche et principalement le début d'un des plus tristes et des plus regrettables naufrages psychologiques qui aient affligé le monde des savants.

Il y a dans cette manière de procéder rétrospectivement toute une mine de découvertes à explorer; aucune résultante de nos statistiques psychiatriques n'est plus inexacte, plus fausse que celle qui a la prétention de préciser l'année, le mois, le jour, je dirais presque l'heure, où la première scène du drame s'est produite. Dans l'étude d'un aliéné qui nous intéresse plus particulièrement, dans celle d'un individu qui doit faire l'objet d'un travail médico-légal, nous apercevons souvent combien les premières indications ont été erronées, et combien la sonde peut pénétrer plus bas que nous ne l'avions d'abord supposé. Que de faits de cette sorte sont acquis à l'expérience des praticiens! Pour ma part, j'en possède de bien nombreux et de bien remarquables. Je connais des fous qui n'ont été enfermés qu'à vingt, trente et quarante ans, qui jusqu'alors n'avaient fait naître aucun soupçon sur l'intégrité de leur raison et qui cependant avaient eu des conceptions délirantes, des hallucinations, dès leur enfance. Qu'il me soit permis de citer un exemple de ce que j'avance; aussi bien, le cas ne manque pas d'une certaine analogie avec celui de Swédenborg, et le malade dont je vais tracer brièvement l'histoire n'a manqué non plus ni d'amitiés ni de sympathies et a captivé longtemps l'attention des habitants de la ville de Rouen.

M. X..., appartenant à une famille aisée et distinguée de Normandie, se fit remarquer au collége par ses aptitudes exceptionnelles, sa facilité prodigieuse et ses succès brillants et soutenus. Mêmes résultats à l'École de Droit, à Paris, et à ses débuts au barreau ; puis, tout à coup, conduite extravagante, dépenses folles, actes insensés, nécessitant, après diverses péripéties, un placement dans l'asile Saint-Yon. Type achevé de manic raisonnante; les mémoires sur les sujets les plus variés, les plans, les projets, les produits littéraires s'entassent chaque jour. Il intéresse tout le monde à sa position ; il affirme, et beaucoup de personnes en sont persuadées, qu'on a été jaloux de sa supériorité, qu'on a manqué aux engagements qu'on avait pris avec lui, qu'on lui a fermé perfidement la voie d'une haute position administrative ou judiciaire. Un jour, le tribunal ordonne sa sortie de l'établissement ; il est très-surpris de ne pas trouver chez le directeur, en lui faisant ses adieux, quatre à cinq cent mille francs; c'est le moins qu'on lui doive pour sa carrière brisée, pour la réparation du mal qu'on lui a fait. Il traverse la rue indigné, et quelques instants après il brise à coups de pierre les vitraux de l'église voisine, en s'écriant, que puisqu'on lui refuse la faible indemnité dont il se serait pourtant contenté, il veut faire un acte d'insensé et fournir à ses ennemis le prétexte de le traiter en insensé. Le soir même, on le ramène à l'asile d'où il n'est plus sorti et où il a passé en tout 24 années. Pendant ce temps, il a écrit des volumes; il a traduit en vers français presque tous les poëtes latins et en vers latins les principaux poëtes français; chansons, odes, satires, comédies, vaudevilles ont jailli à foison. Ses héritiers en ont trouvé des liasses dont les copies avaient été adressées à ses nombreux amis. Signant M. *le chevalier* X..., et donnant pour adresse le nom de la rue et le numéro de la maison de santé seulement, il a expédié par la poste de charmants morceaux de littérature ou des mémoires sur l'administration, l'économie politique, etc., etc., à des hommes marquants qui, le plus souvent, lui ont répondu; il montrait avec satisfaction une assez riche collection d'autographes, parmi lesquels celui de Lamartine délicatement rimé. Tout, dans la vie de cet intéressant et d'ailleurs excellent homme, a été réellement bizarre. Sa mère mourut aliénée, la tutelle passa à un parent qui devint fou, puis à une personne étrangère à sa famille qui perdit la raison.

En 1853, *le chevalier* X... fut transféré à Quatre-Mares, et j'eus le honheur de lui plaïre; je le dis sérieusement, car j'ai passé près de lui des moments fort agréables. Il savait tout, faisait des citations charmantes, avait des aperçus les plus ingénieux sur les hommes et sur une infinité de choses, et se tenait au courant de tout ce qui était actualité. J'étais tellement son ami qu'il m'offrit un jour de mettre en vers français mon compte administratif et en vers latins mon rapport médical (1); je dus le remercier, mais il comprit que je voulais lui épargner une fatigue et ne m'en marqua que plus d'affection. Possédant toute sa confiance, j'obtins sur ses antécédents psychiques les révélations les plus inattendues, et je pus me convaincre qu'il avait eu des hallucinations dès l'âge de sept à huit ans. Voici comme il me racontait celle qui, selon toute apparence, est la première en date. Il se trouvait alors dans le château d'un de ses parents, dans le département de l'Eure; un matin, un orage épouvantable éclate, il quitte les jardins un peu effrayé et court pour se réfugier au salon; mais quelle n'est pas sa surprise en y entrant, d'apercevoir debout, se chauffant tout près du feu pétillant de la vaste cheminée, trois personnages imposants, vêtus de splendides costumes militaires, chamarrés de décorations, mais différents de taille, d'âge et d'uniformes. Il eut le temps de saisir les moindres détails de leur toilette et de leurs physionomies; ils ne parlaient pas, semblaient immobiles et paraissaient uniquement occupés du soin de sécher leurs habits; puis, tout à coup, ils disparurent comme s'ils se fussent évanouis sur place. Ce ne fut que longtemps après, dans son adolescence, que M. X., en examinant un splendide recueil de gravures, reconnut, à tous les signes possibles, que les trois visiteurs du château étaient l'empereur d'Autriche, le roi de Prusse et l'empereur de Russie; ce dont il était plus que jamais convaincu après cinquante années de réflexion.

Je fus appelé en 1854 pour un jeune homme de 23 ans, atteint d'un délire des persécutions avec paroxysmes de

(1) Voici l'inscription qu'il avait composée pour le fronton de l'asile :

Hoc patet hospitium non sanis mentibus urbis :
O qui præteritis, vos tandem intrate medendi.

Cet asile est ouvert aux esprits en démence,
Passants, entrez enfin, et la cure commence.

fureur, fils d'un père qui s'était suicidé dans la période initiale d'une paralysie générale; la maladie datait de trois années, *croyait-on*. Il fut placé à Quatre-Mares où il se trouve encore aujourd'hui (17 ans de séjour). Eh bien! ce n'est que longtemps après sa séquestration que j'ai pu me convaincre qu'il est probablement né insensé. Aussi loin que ses souvenirs peuvent se reporter, il se rappelle que dès qu'il était dans une réunion, on répandait autour de lui de mauvaises odeurs et qu'alors tous les yeux se tournaient de son côté; plus tard, il lui fallut pour ce motif renoncer au spectacle et aux concerts; non-seulement ses voisins empestaient l'air, mais, de plus, ils le regardaient fixement et significativement, et la salle entière par son attitude lui manifestait son indignation.

Mais je n'insiste pas sur ce rapprochement, ne voulant pas d'ailleurs outre-passer les intentions et les conclusions de l'auteur pour cette première période de la vie de Swédenborg; il suffit du reste de noter que la crise caractéristique éclata plus tard (1744), et d'en suivre et d'en analyser les détails avec le Dr Maudsley, pour rejeter l'opinion de ceux qui n'ont pas voulu dans le temps, et de ceux qui ne veulent pas encore aujourd'hui donner à ces accidents leur réelle signification : «*accès de manie.*»

Tous les travaux du philosophe suédois se ressentent donc du point de départ; « scientifiquement parlant, c'est un instrument sonore, mais vide; son originalité sans modérateur dégénère en fantaisies déréglées; son pouvoir de s'élever au-dessus des systèmes le fait passer indifférent ou dédaigneux à côté des faits patiemment acquis. Quoique son assiduité fût immense, il n'apprit jamais qu'à moitié ce qu'il désirait acquérir, et ne s'assimila pas avec patience et fidèlement les détails de ce qui était connu; mais séduit par son amour de l'analogie et soutenu par son assurance sans limites en lui-même, il se laissa emporter bien loin par des théories creuses et des spéculations sans fondement. Le doute l'impatientait jusqu'à l'imprudence; de sa nature, l'empire sur lui-même, intellectuellement parlant, était un supplice. Ses écrits, quoique renfermant beaucoup de vérités parfaitement mises en lumière et des passages d'une grande fécondité et d'une grande éloquence, sont diffus, pénibles à lire; ils n'ont ni commencement ni fin; les répétitions, les inconséquences et même les contradictions y abondent. Semblable à Icare dans son élan ambitieux, il ne pouvait manquer de l'imiter dans sa chute désastreuse.... »

Le Dr Maudsley se demande comment on a pu voir en lui le précurseur et l'initiateur de la plupart des grandes découvertes du dix-neuvième siècle. Ses dissertations vagues et profuses sur le magnétisme, la chimie, l'astronomie, l'anatomie, comme sur toutes choses, n'ont pu éclairer ni guider les savants. Il faut toutefois reconnaître, que la conception de la méthode à l'aide de laquelle il avait résolu de s'élever, pas à pas, de la notion des formes les plus infimes de la matière à la connaissance de ses formes les plus hautes, jusqu'à ce qu'enfin il pût pénétrer dans le dernier et secret repli de cette « *organisation la plus noble qui sert à l'âme de vêtement,* » était, pour cette époque, aussi originale que profondément scientifique. « Quelle différence avec nos modernes métaphysiciens qui s'imaginent qu'une entière ignorance de l'organisme n'est nullement un obstacle aux plus dogmatiques investigations concernant l'esprit. »

Même dans ses rêveries hallucinatoires et absurdes, on peut encore trouver bien des paroles de sagesse, des veines fécondes de pensée originale et des passages qui suggèrent beaucoup de réflexions, même aux meilleures intelligences. La certitude de ses hallucinations et de ses conceptions délirantes, le rejet des doctrines cardinales de ses dernières années, pour cause de folie, n'entraînent pas, tant s'en faut, le rejet de tout ce qu'il a développé en partant de ces fausses prémisses, ni de tout ce qu'il a greffé sur elles.

Le Dr Maudsley pense qu'il est heureux, pour le prophète de l'Église de la nouvelle Jérusalem, qu'il n'ait pas vécu de nos jours, en Angleterre ; il est probable qu'un asile aurait été le tombeau de sa mission et de ses écrits. Ce serait regrettable, selon lui ; et l'on n'a pas assez considéré, dit-il, combien d'originalité et d'individualité ont été systématiquement étouffées dans les maisons d'aliénés. « Les réformateurs des générations passées auraient couru grand risque, de nos jours, où ces établissements pullulent et s'encombrent. Qu'on lise le journal de Georges Fox, et l'on sera certain que le fondateur du quakérisme n'aurait pas échappé aujourd'hui à la séquestration, et le monde aurait perdu tous les avantages qu'il a recueillis de cette forme de croyance religieuse. L'autobiographie de Benvenuto Cellini lui aurait valu un sort semblable, longtemps avant qu'il eût produit ses plus belles œuvres artistiques ; et si Comte n'avait pas été emmené par sa femme de la maison de santé d'Esquirol, le monde, très-probable-

ment, n'aurait jamais eu le système de la *philosophie positive*. Le pouvoir de s'échapper du chemin battu de la pensée, de s'élancer par une heureuse inspiration au-delà des limites habituelles et de découvrir un nouvel horizon de réflexion, est trop rare, on devrait l'accueillir avec empressement et en profiter, quoique ce pouvoir soit poussé souvent jusqu'à l'extravagance, et que parfois même il s'égare dans les fantaisies de l'insanité. »

Il est inutile de suivre plus loin le Dr Maudsley, quoique son style, ses déductions, ses aperçus ingénieux attachent les lecteurs, alors même qu'il semble prendre plaisir à côtoyer çà et là le paradoxe. Son étude aurait peut-être gagné à être résumée et plus nettement concluante; on dirait en vérité qu'il s'est quelque peu grisé de son sujet, et que par moments il a un certain faible pour la doctrine du prophète de la *Jérusalem céleste*; on dirait de plus, qu'il ne paraît pas rejeter absolument la possibilité qu'un homme puisse atteindre à la faculté de *voyant;* ou, du moins, il voudrait qu'on vérifiât si cette faculté a quelque chose de fondé, et, si cela est, qu'on en étudiât attentivement la nature, que celui qui en est doué s'efforçât de découvrir la trace d'une disposition si remarquable, etc., etc.

Mais je ne donne pas mon impression comme une appréciation décidément sûre; jamais d'ailleurs la part du génie et celle de la maladie n'ont été plus difficiles à délimiter que dans le cas que le Dr Maudsley a entendu traiter, avant tout, au point de vue de la psychologie morbide et, sous ce rapport, ceux qui liront sa brillante dissertation trouveront que son succès a été des plus complets.

Le Dr Boyd, dans une des séances de l'Association médico-psychologique (29 avril 1869), a présenté un travail important sur les causes de décès dans les cas chroniques d'aliénation mentale. Après avoir dit quelques mots des mesures administratives et de diverses circonstances qui contribuent à surcharger les asiles d'aliénés, d'infirmes et de déments qui devraient trouver place dans d'autres établissements hospitaliers; après s'être demandé s'il y a un avantage économique à la formation d'immenses institutions de cet ordre, il rappelle l'opinion de plusieurs praticiens recommandables, qui prétendent: que la vie des asiles et des hôpitaux expose ceux qui y font un long séjour aux affections tuberculeuses des poumons, et que le transport des malades dans les hôpitaux et les infirmeries

diminue leurs chances de rétablissement, malgré les avantages de soins plus éclairés et plus intelligents, d'une grande propreté, d'un régime plus confortable. Les hôpitaux temporaires pour l'admission des personnes affectées de maladies contagieuses ou épidémiques, ne sont-ils pas aujourd'hui reconnus indispensables? etc., etc.

Le Dr Boyd a entrepris des recherches dans le but de s'assurer si un séjour prolongé dans les asiles pouvait contribuer à développer la tuberculisation des poumons; il ne pense pas que des travaux aient été entrepris pour confirmer ou infirmer cette opinion. A cet effet, il a noté avec soin, après examen nécropsique, les causes de la mort dans les cas chroniques appartenant à l'asile du comté de Somerset, et cela pendant vingt années.

Parmi les cas chroniques, c'est-à-dire ayant deux ans de résidence et au-dessus, il y a eu 336 décès, dont le tiers environ a été déterminé par la phthisie. La proportion des morts par cette cause était beaucoup plus forte pour le sexe féminin que pour le sexe masculin, comme 41 est à 25 pour cent.

Parmi ces 336 cas chroniques, 185 étaient entrés depuis une période de 2 à 5 ans, savoir : 102 hommes et 83 femmes; et 151 depuis plus de 5 années, 70 hommes et 81 femmes.

La phthisie a fait périr 27 hommes et 31 femmes, ou 31.4 0/0 de la première catégorie et 16 hommes et 36 femmes ou 34.5 0/0 de ceux de la seconde catégorie. Il y a donc une différence aggravative de 3 0/0 pour les malades ayant fait le plus long séjour.

Cette affection a donc emporté le tiers des aliénés chroniques décédés; moins du cinquième de la population anglaise adulte succombe à cette maladie. Il y a dans cette disproportion une cause ou des causes, dit le Dr Boyd, qui sont encore à rechercher.

En 1866, les décès de toute nature, en Angleterre, pour les adultes mâles, de 20 ans et au-dessus, ont été de 126,235, parmi lesquels 22,918 ou 18.2 0/0 moururent d'affection tuberculeuse. Parmi les femmes adultes de 20 ans et au-dessus, on compte 128,359 décès, dont 22,749 ou 17.7 0/0 par la même cause. Pour les aliénés chroniques et dans les mêmes périodes d'existence, il y aurait donc moitié plus de décès par la tuberculisation pulmonaire. Faudrait-il supposer, pour expliquer cet écart, que les phthisiques sont plus sujets que d'autres à la folie?

Pendant 20 ans la mortalité par la phthisie à l'asile du comté de Somerset a été :

	Nombre	M.	F.	Résultat
Malades ayant : de 1 à 2 ans de résid.	37 0/0	26.5	33.8	29.7
— de 2 à 5 —	58. —	26.5	37.4	31.0
— de 5 ans et au-dessus.	52. —	22.9	44.5	34.4

Il résulterait de ce tableau que la prolongation du séjour dans un asile se traduit par un accroissement dans le nombre des décès par phthisie, mais que cet accroissement aurait lieu seulement pour les personnes du sexe féminin.

La forme mélancolique était prédominante parmi ceux qui ont succombé; sur 57 cas affectés de lypémanie, 20 hommes et 37 femmes, près de la moitié, 27, savoir 11 hommes et 16 femmes, sont morts phthisiques. L'idiotie donnerait 43 pour cent, l'épileptie 22, la manie et la démence 33 et la paralysie générale seulement 6 1/2 pour cent. M. Boyd aurait pu rappeler que Lorry, Mead, etc., ont avancé que la phthisie est la terminaison la plus fréquente de la mélancolie.

Les autres affections des poumons : pneumonie, bronchite, asthme, pleurésie, prises ensemble, viennent par ordre de fréquence après la tuberculisation pulmonaire, et sont très-communes dans toutes les différentes formes d'aliénation mentale.

Sur 460 malades décédés après deux ans et au delà de séquestration, les causes de la mort étaient comme il suit :

Phthisie.	147.0/0	H. 25.4	F. 39.1
Autres affections thoraciques.	136.—	— 35.6	— 22.4
Affections des organes abdominaux.	49.—	— 7.»	— 15.»
Affections du cerveau et de la moelle.	128.—	— 32.	— 23.5

Ainsi, la mortalité par les affections du cerveau et de la moelle et par les affections inflammatoires de la poitrine, a été environ un tiers plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, tandis que chez celles-ci la mortalité par phthisie a été plus fréquente d'un tiers que chez les individus de l'autre sexe; enfin les maladies de l'abdomen auraient fait périr moitié plus de femmes que d'hommes.

Le Dr Boyd produit encore plusieurs tableaux d'une certaine importance, et termine en faisant remarquer que l'autopsie révèle souvent des maladies du poumon qui n'avaient pas été soupçonnées. Cela est surtout vrai pour la phthisie, chez les aliénés. Aussi, dit-il avec raison, en finissant son

très-instructif mémoire : « Pour un médecin d'asile, la connaissance du diagnostic des maladies, acquise expérimentalement dans un hôpital général, est la meilleure des préparations, car la précision du diagnostic devient surtout indispensable avec les insensés qui ont toute l'impatience des enfants, ne fournissent nulles indications ou n'en donnent que de celles qui peuvent induire en erreur. »

Dans la même séance de l'Association médico-psychologique, le Dr Kesteven a présenté quelques données sur l'emploi des bromures dans certaines névroses. Il les a administrés dans l'épilepsie, le laryngismus stridulus, les convulsions, la chorée, certaines céphalalgies, la mélancolie et la manie aiguë. Il ne croit pas qu'il y ait avantage à les combiner avec les sédatifs divers; ce serait à cette association qu'il faudrait attribuer l'assoupissement que l'on a parfois observé, et non au bromure prescrit même à très-fortes doses.

Suivent plusieurs observations, d'utiles déductions pratiques, et les conclusions suivantes :

1° Par la vertu de leur influence spéciale sur les tissus nerveux et sur les nerfs vaso-moteurs qui met obstacle à la contraction subite des artères, nous avons dans les bromures des remèdes fort précieux contre certaines affections du système nerveux.

2° Afin d'obtenir des bromures leur plein effet thérapeutique, il faut les administrer à larges doses et pendant longtemps.

3° Lorsque cette médication ne se montre pas efficace pour amener la guérison, son influence suffit pour diminuer l'intensité et éloigner les intervalles des crises épileptiques.

L'asile de Friedrichsberg près Hambourg, a été ouvert à la fin de l'année 1864. C'est un des établissements de ce genre les plus complets, en Allemagne. Il peut contenir 370 malades.

Le Dr Oppert, qui l'a visité dans tous ses détails, en donne la description, qu'il fait suivre d'un plan de l'édifice. Il ajoute :

Le système du restraint n'est pas en usage; au moment de mon passage, un seul malade était en camisole; les cellules sont fort peu employées. Il y a un billard pour la distraction des malades et une bibliothèque. La ferme, des ateliers de couture, de tailleur, de blanchissage, de vannerie, occupent le temps de quelques aliénés. L'hydrothérapie est une médica-

tion très-souvent appliquée. Un grand nombre de malades atteints de délirium tremens (147, en 1866) y sont admis, l'opium leur est prescrit fort modérément, on insiste préférablement sur une alimentation réconfortante, le vin et le repos.

Le rapport médical pour 1866 établit qu'il a été possible, généralement, de rattacher la cause de l'affection aux dérangements somatiques. Sur 279 individus renvoyés ou decédés (en 1866), 6 étaient atteints d'une maladie héréditaire du cerveau; 38 d'une inflammation chronique de cet organe et de ses membranes; 6 d'apoplexie; 4 d'embolie et de ramolissement; 2 d'hydatides; 21 d'atrophie sénile de l'encéphale; 41 de dyscrasia potatorum, et 161 de débilité générale renfermant les cas d'anémie par l'effet d'hémorrhagies, fièvres, excès, etc., etc.

L'article du Dr Dickson, « *Matière et force considérées en relation avec les phénomènes cérébraux et mentaux*, » a pour but: 1° l'étude des changements moléculaires que subit le cerveau dans la production de l'impression mentale; 2° la *potentialité* de la vitalité du cerveau; 3° le procédé physiologique à l'aide duquel se produit l'affirmation de l'idée sur l'idée, autrement dit le raisonnement. Son objet est d'arriver à une vue compréhensive des phénomènes cérébraux dans les conditions normales; sa portée pratique vise à cette classe d'affections que nous appelons subjectives.

L'auteur va au-devant de l'objection : que dans l'état actuel de la science il est impossible de déterminer un changement quelconque dans un organe que nous ne pouvons en aucune façon voir et encore moins examiner pendant la vie de l'individu; mais il répond que néanmoins il se propose de tirer ses conclusions, par simple induction, de faits qui sont journellement devant nous.

Il définit d'abord ce qu'il entend par les termes : force, matière, potentialité, motion, vitalité ou énergie potentielle; et cela posé, le premier point qu'il considère est le mode de formation d'une impression mentale. Il est bien entendu qu'ici la question métaphysique est tout à fait réservée; il suffit de dire avec William Hamilton : « *Ce dont nous avons conscience est formé de ce dont nous n'avons pas conscience*, » et, avec Mille : « *L'expérience est le fondement de toute connaissance.* »

Nos idées simples sont des phénomènes vitaux, résultant: 1° du mouvement (motion) communiqué par les organes de nos sens à l'aide de leurs conducteurs respectifs, les nerfs,

et, 2° de l'énergie potentielle de certaines cellules cérébrales avec lesquelles ces nerfs communiquent. Ainsi, l'impression de tout objet extérieur sur le sens d'un organe peut être comparée au mouvement de l'électricité à travers les fils d'un télégraphe. Un changement se produit alors dans une ou plusieurs cellules cérébrales, mais de plus leur vibration ou motion trouve un antagonisme dans leur énergie potentielle dont le résultat se traduit par un changement dans leur constitution chimique et physique. Le changement chimique étant ce réagencement des atomes qui arrive dans tout phénomène chimique ; le changement physique étant ce qui, à un degré plus ou moins prononcé, s'imprime sur une ou plusieurs cellules et que nous reconnaissons comme l'impression de l'objet extérieur d'où le mouvement s'est communiqué.

Enfin, troisième phénomène, le mouvement produit sur une cellule ou un groupe particulier de cellules, n'affecte pas seulement ce point, mais est communiqué à ce qui en est immédiatement voisin, et y amène des changements.

La preuve du changement dans la cellule résultant de l'impression, se déduit du fait de la persistance de l'impression.

La preuve du changement chimique se déduit de celui des atomes matériels modifiés qui sont rejetés comme matière usée. Ainsi, l'expérience ne tend-elle pas à démontrer que dans tout travail mental, il y a pour effet production de certains phosphates?

La preuve du troisième phénomène est tout aussi concluante, en y réfléchissant un peu. Une impression de la périphérie au centre donne immédiatement lieu dans l'esprit à une ou plusieurs autres impressions ; par exemple, nos nerfs olfactifs nous apportent le parfum d'une rose et, quoique nous ne voyions, ni ne touchions la fleur, nous avons directement dans notre esprit l'impression d'une rose. Et, comme cette impression subséquente ne pourrait être éveillée sans quelque communication plus ou moins directe, comme nous admettons qu'elle a une association immédiate avec la première et qu'aucune communication ne peut s'opérer sans l'aide du mouvement, nous avons donc de suffisants motifs pour conclure que le mouvement a été transmis de la cellule ou des cellules mises en activité, lors de la réception de la première impression.

Partant de là, le Dr Dickson analyse quelques-uns des phénomènes de l'esprit au point de vue de leur production.

Le plus simple de tous les phénomènes mentaux est celui d'une simple conception (*apprehension*) ; tout près, et associée avec elle, vient la mémoire. Nous voyons une rose et nous devenons conscients de son existence ; puis d'autres objets venant occuper notre esprit, son image disparaît de notre pensée ; mais elle n'est point perdue, l'impression faite sur la cellule reste, celle-ci est à jamais modifiée et persiste dans cette nouvelle condition tant que persistent son intégrité et son état de santé.

Nous avons la conscience d'une image aussi longtemps, mais seulement aussi longtemps que la cellule ou ses atomes continuent d'être en ébranlement, et cette conscience cesse lorsque la cellule tombe dans le calme ; mais rompez de nouveau l'équilibre de la cellule, et l'image se reproduit, quelque faible qu'ait été l'ébranlement. La cellule devient active toutes les fois que l'ébranlement d'une autre cellule lui est communiqué ; le courant ou le mouvement vibratoire déterminant un changement matériel, quoique à un moindre degré, dans la cellule atteinte ainsi secondairement, et le phénomène appréciable est la faculté de l'esprit que nous appelons la mémoire.

Les souvenirs, qui sont par conséquent le résultat de mouvements communiqués d'une autre cellule, se reproduisent dans un certain ordre, et cet ordre est plus ou moins celui selon lequel nos impressions ont été acquises. L'odeur d'une rose nous rappellera la couleur et la forme de cette fleur : les trois sensations de l'odorat, de la vue et du toucher s'étant antécédemment produites ensemble. Le mouvement de la cellule affectée ne va donc pas se communiquer indifféremment à n'importe quelle autre, mais suit une marche qu'il a déjà parcourue, vers laquelle il est sollicité, et c'est cette marche s'effectuant dans un esprit sain et peuplé d'innombrables impressions acquises qui constitue le phénomène cérébral que l'on appelle association par relation (relative suggestion), *association d'idées.*

M. le Dr Dickson dit ici quelques mots des facultés de raisonnement et de jugement qu'il cherche à plier à la même théorie, en évitant avec soin toutes les considérations métaphysiques. Il cite la musique comme un exemple des plus simples et des plus remarquables de l'identification des phénomènes mentaux avec les effets physiques du mouvement ; ainsi que le langage, qu'il analyse d'une manière des plus

intéressantes dans les phénomènes qui accompagnent son apprentissage et son emploi.

Dans le second paragraphe du mémoire, l'auteur groupe los preuves caractéristiques que l'étude des phénomènes morbides apporte à l'appui de son hypothèse. Si ses prémisses sont exactes, dit-il, pour toute circonstance où la nutrition et le maintien des cellules cérébrales (cellules de la périphérie du cerveau), sont parfaits; nous aurons, par contre, retard, imperfection ou arrêt du phénomène normal, variant de fait, dans toutes les nuances de degrés, avec la perte du pouvoir conducteur ou selon l'importance du changement do tissu dans le cerveau lui-même. La conséquence sera : des images vagues et imparfaites, la perte de mémoire, parfois des impressions fugaces et sans ordre, le manque d'attention, l'incohérence. Los traductions physiques de ces désordres s'étendent depuis l'atonie du cerveau jusqu'à l'atrophie ou la destruction des cellules, leur dégénérescence amyloïde ou graisseuse.

Suit une analyse de l'incohérence des idées que permet d'étudier l'incohérence du langage. M. Dickson pense qu'il ne peut y avoir d'incohérence absolue, attendu que le courant ne peut passer d'une cellule à une autre, sans qu'il y ait connexion entre elles; seulement, dans sa marche, il rencontre des cellules dépourvues d'énergie potentielle, où il n'éveille point d'impressions; celles-ci ne se produisent que dans les cellules plus saines qui peuvent très-bien n'être point en relation directe et naturelle; de là l'incohérence.

Dans un cerveau sain, l'activité peut facilement être maintenue même exclusivement dans un certain groupe de cellules. Ce pouvoir de circonscription de notre activité cérébrale constitue la faculté de l'attention. Mais, enfin, la fatigue arrive, signe du besoin de réparation des atomes des cellules, s'opérant par le repos et la nutrition. La vigueur de notre esprit est d'autant plus grande que cette faculté de l'attention est plus parfaite. Lorsqu'elle manque, au contraire, les courants passent d'un groupe de cellules à un autre sans que nous en contrôlions la marche; il s'ensuit une incohérence d'impressions et d'idées dont nous avons déjà parlé. C'est ce qui se produit à peu de chose près dans le rêve.

Une autre preuve de la théorie du mouvement se trouve dans le cas de perte de la mémoire, phénomène qui a lieu lorsqu'aucune impression, communiquée par un nerf sensitif, ne peut faire une empreinte durable sur les cellules.

Dans ces conditions, l'individu verra mais n'observera pas, et les images passagères du présent ne trouveront point de *demeure* dans son esprit. L'attention, si elle est encore possible, sera un grand effort; et, s'il est fait, il sera suivi d'un prompt oubli de toutes les circonstances qui s'y rapportent. Les exemples sont communs : tel est le cas des paralysés généraux et des déments dont nous trouvons toujours après la mort le cerveau graisseux ou atrophié. Quelquefois leur esprit devient une simple surface où les images ne font que passer, et cela s'explique toujours; c'est que la vitalité des cellules est amoindrie, qu'elles sont encore capables de recevoir le mouvement communiqué de l'extérieur, mais incapables de le communiquer aux cellules voisines, de sorte que les impressions se produisent sans éveiller aucun souvenir, aucune association d'idées.

Les considérations émises par le Dr Dickson à propos de l'aphasie, de l'épilepsie, pour étayer sa théorie du mouvement dans ses relations avec l'activité mentale, présentent un réel attrait, mais ici rien ne saurait être abrégé, et il faudrait une reproduction complète de tous les arguments de l'auteur.

Plus d'une objection pourra être faite à cette théorie, plus d'un desideratum y sera signalé ; néanmoins, après avoir lu ces vingt et quelques pages du mémoire très-concis du médecin en chef de l'hôpital Saint-Luc, on éprouve un sentiment peu commun lorsqu'on s'occupe d'un pareil sujet, c'est celui d'avoir devant soi quelques lueurs qui semblent éclairer un dédale jusque-là insondable. L'hypothèse de Stahl a pu être renversée par la démonstration de Lavoisier, mais lorsqu'elle parut elle n'en fut pas moins pour le monde savant un point d'attérage d'une contrée qu'on n'avait pu jusqu'alors aborder.

Si le travail du Dr Dickson se prête difficilement à l'analyse, celui du Rév. G. Davies s'y refuse entièrement. La dissertation sur « *les centres perceptifs et leur localisation*, » n'est écrite ni au point de vue physiologique, ni au point de vue anatomique, encore moins au point de vue phrénologique ; c'est principalement le côté philosophique qui est abordé. Néanmoins, l'auteur, outre son remarquable talent de logicien, prouve qu'il est parfaitement au courant de la science médico-psychologique actuelle et qu'il en suit avec autant de succès que de soin tous les développements et tous les progrès.

NOTES DU TRIMESTRE.

Le *Mental science* a emprunté à un journal anglais, le « *Cornhill* » (juin 1869), ce *curieux article* sur les *Maisons de Santé françaises :*

Un médecin anglais raconte qu'étant entré, *grâce à une pieuse fraude,* dans une de ces maisons, située à Paris, il fut abordé par un individu qu'il reconnut aussitôt pour un de ses compatriotes. Le médecin-directeur voulait passer outre, mais le médecin anglais ne le permet pas, insiste pour servir d'interprète et enfin le malade peut exposer son affaire. Il s'appelle Frédérick G..., il est Ecossais, des environs de Glasgow. Au mois de janvier (*dernier*), il quitte l'Angleterre pour venir faire une excursion à Paris ; la fatigue du voyage, fait tout d'une traite, jointe à celle qu'il éprouve à Paris où il veut tout voir sans prendre de repos, lui donne un accès de fièvre au cerveau, et voici se qui se passe : « Les propriétaires de l'hôtel de H..., ajoute-t-il, au lieu d'envoyer chercher un docteur et de me soigner, comme ils auraient dû le faire, appelèrent la police qui, sur le certificat de deux médecins du gouvernement, m'enferma ici comme aliéné. Pendant dix jours, je fus retenu dans la *quatrième division* de cette maison, celle des fous dangereux; maintenu pendant le jour dans une camisole de force et attaché pendant la nuit à un lourd lit en fer, dans une cellule en pierre et sans feu. Comment se fait-il que je n'aie pas perdu la raison par un pareil traitement ; en vérité, je ne saurais le dire. Mais heureusement et providentiellement, je guéris. Au bout de quinze jours, je me débarrassai de ma fièvre et alors on me fit passer dans cette *seconde cour*, où, quoique depuis le mois de février je sois parfaitement en état d'être rendu à la liberté, on m'a retenu injustement pendant neuf mois. Je ne puis en aucune façon correspondre avec ma famille, car le directeur intercepte toutes mes lettres, et ma mère et ma sœur (je n'ai pas d'autres parents) pensent, sans aucun doute, d'après mon silence et les bulletins du Dr E...., que je suis réellement aliéné. Pour comble de malheur, ni le médecin, ni son assistant, ni un seul des servants n'entendent un mot d'anglais ; je suis donc dans l'impossibilité absolue de leur prouver que je suis sain d'esprit. »

Ici, l'infortuné s'arrête et il est près de verser des larmes.

Alors le médecin anglais s'écrie : « Docteur E.... cet homme me paraît tout à fait lucide. » — « Oui, répond le directeur, d'un air très-vexé, il a été fort malade, mais il va mieux depuis fort peu de temps, et on le renverra dans quelques jours. »

Le médecin anglais transmet cette assurance à son compatriote, le rassure et lui dit qu'il attend sa visite dans une quinzaine, qu'autrement il en conclura qu'il est encore séquestré et qu'alors il en référera à l'ambassade britannique.

Huit jours après, dit le médecin anglais, le malheureux Ecossais était libre et il quittait la France avec la résolution bien ferme et bien arrêtée de n'y jamais remettre les pieds. Pour donner plus d'autorité à son histoire, il termine en disant que sous Napoléon I^er^, les maisons de santé ont servi de prison d'État et ont remplacé la Bastille et les *lettres de cachet;* que sous les Bourbons, jusqu'en 1830, ce fut le tour des Bonapartistes de *remplir* ces établissements; que sous Louis-Philippe, les républicains et les légitimistes y furent enfermés en plus ou moins grand nombre; qu'enfin, depuis le second empire, ils servirent aux actes de persécution exercés contre les écrivains des feuilles politiques et les étudiants libres-penseurs.

Le *Mental Science*, acceptant sans contrôle ces assertions du *Cornhill*, rappelle ici que, dans une note antérieure, ayant pour titre : « *les Aliénés anglais dans les asiles étrangers*, » il avait avancé qu'il tenait d'une autorité incontestable que le gouvernement de Napoléon III dirigeait, de temps en temps, sur Bicêtre, ses adversaires politiques, sous prétexte de les y soumettre à un traitement temporaire.

Si l'honorable rédacteur du *Mental Science* s'était donné la peine de rechercher dans ses tables des membres correspondants de la Société médico-psychologique anglaise, il y aurait vu les noms de tous les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière, et, comme je le lui ai déjà dit, il n'aurait osé prêter à aucun des hommes distingués qui les portent le rôle dégradant d'avoir participé, même indirectement, à une pareille vengeance de police.

C'est l'affaire de M. S..... qui a suscité toutes ces accusations de mauvais aloi. Eh bien! malgré qu'il soit pénible de toucher de nouveau à une infortune qui a frappé une famille des plus estimables, il faut pourtant qu'on puisse renseigner ceux qui n'ont pas voulu ou n'ont pas su voir. Si notre science, basée sur l'expérience, se recommande parce qu'elle permet de

remonter d'un état pathologique actuel à tous les développements et à toutes les phases des symptômes morbides du début, elle n'en brille pas moins par la précision que les signes du présent nous donnent de l'avenir. Qu'on sache donc que M. S... est mort il y a quelque temps dans le dernier degré de la paralysie générale. Ainsi s'est réalisé de point en point le pronostic porté par les docteurs Amb. Tardieu, Foville père, E. Blanche, Calmeil, Rousselin, qui dans cette circonstance ont été cruellement mis à l'épreuve pour avoir eu l'impardonnable tort d'avoir trop complétement raison.

Nous avons là un exemple frappant de cette folie des actes qui n'est que le premier tableau d'un drame qui peut durer des années, premier tableau qui ne trompe pas néanmoins le spectateur expérimenté.

Que la rédaction du *Mental Science* se mette donc en garde contre les nouvelles à sensation ou les interprétations ridicules que quelques collaborateurs de journaux sont si friands de servir à leurs abonnés ; qu'elle ne se hâte donc pas d'accuser encore l'administration française pour le fait qui a produit une si grande sensation tout dernièrement et que les journaux, même un journal de médecine, « *la France médicale* » ont si singulièrement commenté.

Il s'agit de M^lle^ de R..., qui a adressé au mois de juillet dernier à l'Assemblée nationale une pétition pour se plaindre et demander justice d'une abominable machination dont elle a été victime. Artiste brillante à Paris, elle disparaît soudain, on la croit morte. Un matin un colonel se disant l'ami d'un de ses parents, était venu la chercher en toute hâte, il l'avait fait monter en voiture, il l'avait conduite à Charenton, l'avait fait inscrire sous le nom supposé de M^lle^ Le C... A dater de ce moment, toute communication lui est fermée avec le monde extérieur. Médecins, directeurs, magistrats éludent ses réclamations ; transférée successivement dans plusieurs asiles de province, toutes ses prières, toutes ses supplications restent sans effet, toutes ses lettres sont interceptées. Enfin, après plusieurs années de captivité, elle parvient à faire parvenir quelques lignes à un de ses parents et elle est rendue à la liberté.

Avant de broder sur ce fonds, il aurait été prudent de s'assurer de sa solidité. Or, voici ce qu'un simple renseignement, bien aisé à se procurer, aurait appris. Mademoiselle de R... est connue à Charenton sous le nom de R... et sous celui de L. C...;

celui qui est inscrit sur le livre des entrées lui appartient parfaitement. Elle a passé sa vie à adresser des réclamations à toutes les autorités, à tous les personnages qui avaient le pouvoir de se faire promptement renseigner. Dans tous les établissements où elle a séjourné, elle a renouvelé ses pétitions, et les rapports qu'ont dû écrire à son sujet les médecins et les directeurs des asiles formeraient un joli volume. La conclusion n'est que trop facile à tirer... L'Assemblée nationale n'aura pas à *frapper de grands coupables*. Mais l'impression reste et le public criera plus haut que jamais qu'il faut brûler la loi de 1838.

Est-il besoin de revenir sur la version du *Cornhill?* Un malade conduit par la police devant deux *médecins du gouvernement* n'a pu être dirigé que sur Bicêtre ou Sainte-Anne. Il n'est pas nécessaire d'une pieuse fraude pour y pénétrer, surtout quand on est médecin; les praticiens de ces établissements n'exercent pas les fonctions de directeur, ils n'ont pas des médecins adjoints; je ne vois pas que le nom d'un de ces praticiens ait pour initiale la lettre E. S'agit-il d'une maison de santé particulière? Les objections ne me semblent ni moins nombreuses, ni moins sérieuses. Je ferai remarquer, de plus, que le docteur anglais n'a écrit son article que longtemps après l'événement et que sa mémoire a pu le trahir. En effet, notre Ecossais qui s'est si peu amusé à Paris, où cela n'est pourtant pas difficile, même pour un sot, a été séquestré dans un asile au mois de janvier, on ne dit pas de quelle année; supposons 1868, il y est donc resté dix mois, c'est-à-dire jusqu'à la fin d'octobre; c'est au mois de juin 1869 que le docteur raconte cette aventure, autrement dire dix mois au moins après le moment où il s'introduisit, *grâce à une pieuse fraude*, dans la maison... j'allais dire en question, si justement elle n'était pas en question. Après tout, comme l'année n'est pas indiquée, il s'agit peut-être d'un fait qui remonte à un ou plusieurs lustres, et alors le mystère n'en serait que plus épais. Mais je n'insiste pas; s'il y a eu erreur dans ce cas ou plutôt délai inusité dans le renvoi, ne trouve-t-on pas que la mère et la sœur de notre Ecossais n'ont pas joué un rôle bien actif pour dégager leur unique fils et frère?

Enfin, sur un dernier point : — les histoires de toutes les nations présentent des conspirations politiques des courtisans tombés en disgrâce, coupables ou innocents, qu'on extrait de prison ou qu'on saisit directement pour les conduire dans une maison de santé, mesure souvent réclamée ou acceptée comme

une faveur. Si les établissements d'aliénés ont été parfois choisis, c'est que les facilités d'évasion y étaient moins grandes, la surveillance plus active et plus exercée; mais presque jamais dans ces cas on n'a songé à invoquer le prétexte de folie et à rédigor un certificat de démence (1).

Dans mon dernier compte rendu (septembre 1871), j'ai rapporté que le Dr Kellogg avait décrit dans le journal américain « *Of insanity* », le *bain de l'indompté*, qu'il affirme avoir vu mettre en usage dans les asiles anglais, et que le *Mental Science* ne croyait pas à l'exactitude de ce fait. Dans le numéro que j'analyse, on croit être certain que le Dr Kellogg n'a pu désigner que l'asile du Lancashire, à Prestwich; or, le médecin supérintendant de cette maison dit que jamais il n'a employé, ni vu employer un pareil bain; bien plus, qu'il n'en avait jamais entendu parler. De sorte, d'après le *Mental Science*, que l'assertion du docteur américain n'est pas vraie.

J'avoue que je ne comprends pas bien la surprise du Dr Kellogg et la susceptibilité des médecins anglais à l'endroit du *refractory bath*. S'il fallait renoncer à l'emploi de couvercles en forte toile et même en bois, garnis d'une façon ou d'une autre pour laisser passer la tête d'un malade et le maintenir dans l'eau, ce serait renoncer, dans plus d'un cas sur quatre, aux bains plus ou moins prolongés, c'est-à-dire s'en abstenir pour les malades qui en retirent le plus d'avantages.

(1) Le Dr Brierre de Boismont a déjà répondu à ce sujet, mais les rédacteurs du *Mental Science* maintiennent leurs affirmations concernant Bicêtre, sous le règne de Napoléon III.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapports sur le service de l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, adressés à M. le préfet de la Mayenne par le Dr Henry Bonnet, directeur-médecin.

Exercices 1868 et 1869.

Il y a quelques années (1867), M. Bricrre de Boismont, analysant précisément un rapport de M. Bonnet sur l'asile de Maréville, écrivait que « *les rapports des médecins aliénistes français brillaient généralement par leur absence.* » A quoi attribuer cette rareté des comptes rendus de nos compatriotes, tandis que les Anglais, Américains, Allemands et Italiens ont au contraire à cœur de montrer qu'ils font quelque chose? Serait-ce que les médecins aliénistes français sont tellement surchargés de besogne qu'ils n'ont pas le temps de publier ce qu'il y a de saillant dans leur service? Ou bien préfèrent-ils s'endormir dans le *far niente* que leur permet la clientèle facile des asiles? Pourtant, par cela même qu'ils ne sont pas occupés par les devoirs d'une clientèle nombreuse, disséminée et exigeante de jour et de nuit, les médecins des asiles pourraient travailler, expérimenter et écrire plus que les autres. Faut-il accuser le mode de recrutement de ces médecins fonctionnaires? Qu'ont à faire, en effet, l'émulation et le travail dans l'obtention de ces positions? Ne devraient-elles pas appartenir surtout aux hommes laborieux et avides de progrès scientifiques, aux travailleurs offrant des garanties suffisantes d'aptitudes et de connaissances spéciales?

Le règlement des asiles prescrit, il est vrai, un rapport médical annuel. Il n'y a aucun doute que cette formalité ne soit remplie. Mais pourquoi ne dirions-nous pas la répugnance de quelques-uns pour un travail qui, tous les ans, reparaît avec les mêmes cadres? On laisse alors à des employés de bureau le soin de fournir ce document ; et, au lieu d'un mémoire utile pour la science et profitable en même temps pour les aides naturels du médecin (car la tenue régulière et la bonne rédaction des observations sont les vrais éléments du compte rendu médical), on a des matériaux n'ayant pas toute la valeur désirable.

Mais n'y a-t-il que des chiffres à donner et des noms de

maladies à eompter? N'y a-t-il pas des malades à observer, des symptômes à analyser, des problèmes de physiologie pathologique à résoudre, des autopsies à faire, non pas des autopsies banales, mais des recherches nécropsiques sérieuses avec le microscope, etc..... Les inconnues ne manquent certes pas dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. Tous ces résultats donneraient au rapport réglementaire des nuances intéressantes et réellement profitables, et pour ceux qui le feraient et pour ceux qui le liraient.

Le rapport médical a une valeur intrinsèque incontestable. Son intérêt est surtout manifeste quand on groupe une série de plusieurs années et qu'à l'aide des matériaux qui ont servi à édifier ces comptes rendus successifs on cherche ensuite à faire un tout synoptique. On arrivera ainsi à avoir une histoire complète des différentes manifestations vésaniques suivant les régions et les mœurs locales des divers pays, etc...

Les reproches que nous avons adressés plus haut ne s'adressent évidemment pas au Dr Henry Bonnet dont on connaît l'ardeur au travail et l'amour de la science. Notre confrère a apprécié depuis longtemps l'importance des rapports médicaux qui réclament d'autre part des recherches et des observations faites avec soin. Aussi y a-t-il toujours quelque chose à glaner au milieu des chiffres et des tableaux qu'il nous montre.

Nous avons sous les yeux deux rapports importants sur l'asile de la Mayenne.

L'asile de la Roche-Gandon n'a pas quinze ans d'existence comme maison départementale. Ce n'est point un asile qui, comme d'autres maisons, a été créé de toutes pièces sur un plan uniforme. Il a fallu accommoder des constructions nouvelles en rapport avec les anciennes. Ces détails, que nous donne notre confrère, nous font prévoir que bien des modifications ont dû être nécessaires pour faire de cet établissement un lieu de traitement conforme aux progrès de la science psychiatrique. Les deux travaux imprimés que nous avons entre les mains nous montrent avec quel soin M. Bonnet s'efforce d'achever la transformation des locaux qui, au moment de l'arrivée de ce médecin-directeur, laissaient encore, paraît-il, considérablement à désirer.

Le premier rapport nous fait voir la préoccupation première de notre confrère de procurer à l'établissement une quantité

d'eau suffisante pour le service des bains, pour l'approvisionnement des quartiers et le lavage du linge. L'eau, ce liquide si essentiel pour le traitement et l'hygiène des affections mentales, manquait. Cette lacune sera comblée par l'établissement d'une machine élévatoire qui amènera l'eau des bords de la-Mayenne dans un réservoir de la contenance de 50 mètres cubes placé au centre de l'asile. Un lavoir couvert, à eau chaude et froide, un séchoir à air chaud et à air libre seront installés en même temps. La machine élévatoire donne en outre l'impulsion à une essoreuse, à de petites pompes élévatoires pour les lessiveuses, à une machine à calendrer le linge et à d'autres appareils ainsi qu'à une minoterie complète avec bluterie des farines et épuration des graines, et à un pétrin mécanique.

Le second rapport nous fait savoir la prochaine réalisation de ce projet.

M. Bonnet adopte pour les bains le plancher légèrement incliné et élevé de plusieurs centimètres, percé d'ouvertures où sont encastrées les baignoires. Celles-ci en cuivre étamé possèdent un couvercle divisé en trois parties, tenant à charnières en glissant sur la partie supérieure des baignoires qui forme un boudin circulaire. Au-dessus de chaque baignoire est un irrigateur à eau froide revenant sur lui-même à angle droit.

Le second rapport nous entretient de tous les détails de l'asile. Le nouveau directeur nous prouve qu'il n'a laissé de côté aucune des questions qui peuvent assurer l'amélioration hygiènique ou financière de son établissement.

Un tableau indique le cubage de chaque appartement avec le nombre de mètres cubes d'air par individu. En comparant le nombre des appartements occupés par les malades et le personnel de l'asile, on trouve en moyenne 22 mètres 75 cent. cubes d'air par individu. — Le dortoir des gâteux n'offre que 15 mètres 96 par personne, l'infirmerie des gâteux 13,50, plusieurs dortoirs 14 m. c. 13 c. et même 12 m. c. 40 c. Nous n'insistons pas sur l'importance de ces chiffres que notre confrère n'a pas manqué d'apprécier et qui offrent un désidératum auquel il s'efforcera de remédier.

La substitution du charbon de terre au bois lui a procuré une économie assez considérable pour mériter d'être signalée.

La quotité, la qualité et la variation des aliments ont, comme nous le pensons bien, attiré son attention d'une manière parti-

culière. Des tableaux pour satisfaire à ces différents buts nous instruisent de la manière dont cette partie de l'hygiène es exécutée dans cet asile.

Il n'est pas jusqu'à la répartition de la vestition et à l'approvisionnement de la lingerie dont M. Bonnet ne tienne à nous entretenir, tout en nous faisant part des principes qui le guident dans la distribution des habits et du linge suivant les divers éléments de la population. Le couchage des malades gâteux était peu satisfaisant. Notre confrère a introduit pour l'infirmerie des gâteux et impotents deux modèles de lits. L'un, de gâteux, est en fer à balustre muni à sa partie inférieure et médiane d'un cadre en zinc à pans coupés ayant un orifice qui s'ouvre sur un tiroir à glissement, lequel reçoit les urines. La literie comprend trois parties : celle du milieu se compose d'une grande ballière renfermant de la paille ; aux deux extrémités, c'est-à-dire sous le tronc et les pieds, sont des paillasses surmontées de matelas ; le tout est recouvert de draps. L'autre lit est pour les épileptiques ; il est composé de la même manière, mais est beaucoup plus large pour pouvoir permettre le mouvement dans les attaques ; les parties latérales sont munies de galeries se relevant et s'abaissant au moyen de charnières ; ces galeries sont coussinées pour éviter les chocs. Ces lits ne sont évidemment pas nouveaux. Mais ces détails prouvent combien il y avait à faire à tous les points de vue.

M. Bonnet a eu soin de noter le nombre des visites faites par les parents ; il constate là comme ailleurs que l'intérêt affectif des parents est peu considérable. Toutes proportions gardées, l'aliéné pense quelquefois plus à sa famille que la famille à l'aliéné ! De même l'homme aliéné reçoit plus de témoignages d'intérêt que la femme. On vient voir plus souvent l'homme ; on lui écrit plus souvent. D'ailleurs la même chose se retrouve chez les aliénés que chez les gens réputés raisonnables, puisqu'on voit la femme écrire davantage aux siens que l'homme.

Notre confrère se trouve conduit naturellement à parler de l'essai de la remise des aliénés non dangereux à leur famille moyennant une certaine rétribution. La théorie des meilleures aspirations est en désaccord formel avec la pratique. Les familles ne veulent pas, dans l'immense majorité des cas, reprendre des individus qu'on leur propose et dont elles ne s'informaient même point.

Se plaignant des difficultés qu'il y a à recruter un personnel de gardiens convenable, M. Bonnet déplore avec raison que les idées subversives répandues depuis longtemps dans la classe ouvrière aient trompé tous les esprits sur les droits et les devoirs réciproques. Il est effectivement très-peu aisé de moraliser ou de contenir des gens auxquels on a inculqué pour principe le système de gagner beaucoup avec la meilleure somme de bien-être, sans discipline et sans travail compensateur.

L'asile de la Mayenne est menacé d'être traversé par la voie ferrée qui doit aller de Mayenne à Flers. On comprend toutes les inquiétudes du directeur qui va être lésé doublement. La propriété qui va être séparée des batiments habités permettait au moyen de la culture de diminuer différentes dépenses ; elle fournissait aux aliénés une occupation continuelle dont la nécessité avait un caractère formel pour le traitement et l'hygiène individuelle. M. Bonnet, prévoyant les inconvénients nombreux de l'isolement d'une portion de l'asile, propose au préfet le remplacement par l'achat d'une nouvelle propriété annexée sans intermédiaire.

La population qui, au 1er janvier 1868, était de 340 malades (172 hommes et 168 femmes), n'est plus que de 324 au 1er janvier 1869 (157 hommes et 167 femmes), et se trouve au 31 décembre 1869 élevée à 326 (164 hommes et 162 femmes). Le chiffre des admissions, qui est de 87 en 1868, n'a été que de 79 en 1869. M. Bonnet fait remarquer que les placements des villes sont plus hâtifs que ceux des campagnes ; cela résulterait très-souvent de l'exiguïté des ressources budgétaires des campagnes, ce qui ne laisse pas d'être regrettable pour le traitement et l'avenir des malades de cette dernière provenance.

Dans la Mayenne, l'instruction n'est pas développée. Elle est beaucoup inférieure à celle d'autres départements. La moitié des hommes et plus des deux tiers des femmes ne savent ni lire ni écrire. On peut en conclure que les périodes d'enfance et d'adolescence ont été très-négligées. Dans l'arrondissement de Mayenne en particulier, il y a naturellement beaucoup d'apathie et d'engourdissement.

M. Bonnet consacre à l'étude étiologique des réflexions d'une certaine étendue, afin de démontrer que dans la genèse des maladies mentales il croit à l'union intime de trois facteurs, l'entendement, le moral et l'organisation. Il établit en-

suite trois grandes divisions dans les altérations vésaniques : 1° les altérations organiques héréditaires ; 2° les altérations vésaniques émanant du système nerveux central ou périphérique modifié ; 3° les altérations vésaniques dont la provenance est dans une maladie organique. Il esquisse à grands traits les principaux faits de l'étiologie et conclut à ce que la folie résulte invariablement de lésions organiques, les maladies de l'esprit étant la conséquence dernière d'une lésion soit histologique soit circulatoire du cerveau.

Les tableaux statistiques montrent l'énorme proportion des abus alcooliques comme cause de folie. En 1868, il n'y a pas moins de 21 cas sur 73 admis pour la première fois dans un asile ; en 1869, la proportion est plus grande encore : 22 sur 70. A cette occasion, M. Bonnet s'appesantit sur cette cause déplorable, et se demande où trouver le remède contre de pareils excès qui sapent dans ses fondements la société actuelle. Il songe à la difficulté pratique d'une législation prohibitive à laquelle il ne faut pourtant pas renoncer, alors que les meilleurs régulateurs devraient être la conscience, le respect de soi-même et la perception des résultats funestes vers lesquels on court.

M. Bonnet nous résume les résultats des recherches qu'il a faites pour savoir d'une manière positive quel pouvait être le degré de fréquence de l'ivresse dans l'antiquité. De rares auteurs ont effleuré cette question, et ce n'est que dans *Friedlander* qu'il a pu trouver quelques documents utiles. Les prohibitions énoncées à certaines époques dans les lois de certains pays sont évidemment la conséquence de situations morales qui réclamaient des réformes. Si ce n'était l'eau-de-vie dont l'origine ne remonte qu'au XV^e^ siècle, c'étaient des liquides soit fermentés, soit propres à donner de l'exaltation. Dans les temps les plus reculés, les inconvénients de l'ivresse étaient très-bien connus, mais l'ivrognerie était peu répandue, et notre confrère attribue cette rareté à la pression religieuse qui, dominant et exerçant une puissance sans conteste, cherchait à réprimer les abus. Quoi qu'il en soit, les progrès de l'ivrognerie sont actuellement effrayants. M. Bonnet établissant à cet égard un parallèle entre les régions de l'Est qu'il a habitées et celles de l'Ouest où it se trouve actuellement, assure que ce qui a lieu dans l'Est n'est pas comparable à ce qu'on observe dans les régions opposées où l'abus est poussé à un point désespérant. Il a peine à s'imaginer comment les éco-

nomistes pourront s'y prendre pour corriger un vice que l'habitude, l'imitation, des entraînements réciproques et la négation des distractions convenables rendent de jour en jour plus saillant. Il insiste longuement sur les inconvénients que présentent les abus non-seulement au point de vue de la morale publique, de la curabilité des maladies et de la genèse des dégénérescenees diverses, mais eneore au point de vue des intérêts matériels départementaux.

Après avoir eonstaté que la proportion des reehutes de chaque année est faible et énuméré les principales causes qui amènent les rechutes, notre eonfrère émet le désir qu'il se fonde dans la Mayenne une soeiété de patronage analogue à celles qui fonctionnent dans quelques départements et dont le but est de venir en aide aux malheureux qui sortent guéris, n'ont aucune proteetion, viennent ajouter au dénûment de la famille et ne peuvent trouver du travail.

D'après la eomparaison du chiffre des admissions pendant les dix dernières années, M. Bonnet remarque une progression manifeste et qui ne tend qu'à s'accroître. La quantité des hommes l'emporte sur celle des femmes.

Le chiffre des guérisons donne 1 sur 3, 5 par rapport aux admissions de l'année. Les moyennes examinées depuis 1860 présentent une ascension continue, faible il est vrai, mais manifeste néanmoins.

Les autres données statistiques concordent avee les résultats ohtenus dans d'autres asiles.

Nous n'avons rien à signaler de partieulier eoneernant le traitement dont M. Bonnet expose rapidement les principes de la manière la plus eonforme aux progrès psyehiatriques.

Notre eonfrère termine son rapport sur l'exereice 1869 par des considérations qu'il a données en réponse au questionnaire envoyé à tous les directeurs et médeeins d'asiles en mars 1869. Rien de spécial à mentionner ; sauf quelques désidérata relatifs aux détails du certificat d'admission, et à la protection des bieus des aliénés, notre confrère est eontent de l'état de choses aetuel et s'en réfère à l'autorité administrative supérieure.

Dr A. Laurent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

— Du traitement de la congestion cérébrale et de la folie avec congestion et hallucinations par l'acide arsénieux ; par le Dr L. Lisle, ancien médecin en chef de l'hospice des aliénés de Marseille. Paris, 1871, 1 vol. in-8, chez F. Savy, 24, rue Hautefeuille, prix 7 fr.

— Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des asiles de traitement du département de la Seine ; compte moral et financier des exercices 1869 et 1870.

— Etude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme ; alcool et absinthe ; épilepsie absinthique ; par M. le Dr Magnan, médecin à Sainte-Anne ; br. in-8, de 46 p.

— Rapport médical sur le service de la division des femmes de l'asile de Maréville pour l'année 1870 ; par M. le Dr Bulard, médecin en chef ; br. in-8, de 96 p.

— La médecine légale en Algérie ; 2e livraison : la syncope et la folie émotive des accouchées ; 1871, br. in-8, de 18 p.

THÈSES DE PARIS.

Année 1871.

15. Camboulives. Etude critique sur le chloral.

18. Hallopeau. Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière.

26. Bachelez. Étude sur une variété particulière de la folie héréditaire.

32. Briand. Considérations étiologiques sur l'épilepsie en général et particulièrement sur une forme nouvelle : épilepsie traumatique.

38. Brémond. Essai sur l'hygiène de l'aliéné.

47. Rouhier. De la camisole ou gilet de force.

48. Lescure. Des formes de la paralysie générale et particulièrement de la forme dépressive.

55. Challand. Etude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme.

58. Jacquard. De la peur ; son influence et ses effets sur l'organisme.

59. Nièpce. Quelques considérations sur le crétinisme.

73. Chaume. De la catalepsie.

88. Amanieu. Vertiges ; siéges et causes.

93. Crouzet. Les épileptiques à la Salpêtrière ; division des aliénées ; de l'application de la loi sur les aliénés.

121. Candellé. Observations pour servir à l'histoire des tubercules de l'encéphale.

122. Cadet. Essai sur la pneumatose gastro-intestinale des hystériques.

129. Chalvet. De la paralysie ascendante aiguë.

130. Decorse. Considérations sur la chirurgie des aliénés.

VARIÉTÉS.

NOMINATION ET PROMOTIONS.

Par décret du président de la République en date du 15 octobre 1871, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, pour services rendus dans les ambulances, les membres de la Société médico-psychologique dont les noms suivent :

Loiseau (Charles), docteur-médecin attaché aux ambulances du IVe arrondissement de Paris.

Motet (Auguste-Alexandre), médecin requis aux ambulances de Reuilly.

Voisin (Auguste), médecin de la Salpêtrière et de plusieurs ambulances.

— Par arrêté de M. le préfet de police, M. le Dr Potain, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé médecin chargé de la visite des aliénés dans les maisons de santé de la Seine, à partir du 1er septembre 1871, en remplacement de M. le Dr Bouneau.

— M. le Dr Billod, médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse, situé à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), a reçu, en reconnaissance des services rendus par lui pendant la guerre, une médaille qui lui a été offerte par les habitants de cette commune et qui est le produit d'une souscription.

— M. le Dr Vermeulen, membre de la Commission permanente d'inspection et de surveillance des établissements d'aliénés de Belgique, a été nommé chevalier de l'ordre de Léopold, par arrêté royal du 27 octobre dernier.

NÉCROLOGIE.

Il vient de mourir en Italie un des trois rédacteurs des archives italiennes, M. le docteur César Castiglioni, médecin directeur du *Manicome de la Senavra*, près Milan. Depuis la fondation, en 1864, du journal qui avait succédé à l'*Appendice psichiatrica*, il y avait toujours collaboré avec MM. Andrea Verga et Biffi. Parmi les mémoires que nous avons analysés, nous avons d'abord noté les altérations des pupilles chez les aliénés, les accusés absous par cause d'irrésistibilité, etc. Ce qui le préoccupait constamment, c'était l'amélioration des manicomes du Milanais et surtout le remplacement de la Senavra auquel il avait apporté d'utiles changements. Il a eu

la consolation de voir s'établir la succursale de Montbello, destinée, dans sa pensée, à donner aux aliénés la plus grande liberté possible et à imprimer un ample développement au travail, sans en faire un objet de lucre. Ce sont ses efforts répétés qui ont amené le projet de l'asile de Desio. Il a aussi émis l'opinion que les malades indigents et aisés doivent rester chez eux ou être placés dans des habitations particulières.

Mais les travaux qui ont surtout appelé son attention dans les dernières années de sa vie, ont été les dispositions législatives nécessaires aux aliénés et aux manicomes. Sa lettre au docteur Gualandi à Rome réunit tout ce qu'il importe de connaître sur la matière. Le docteur Castiglioni n'était pas seulement un savant, mais également un clinicien distingué. Dans la seconde visite que nous fîmes en 1863 à la Senavra, nous écoutâmes avec un véritable intérêt ses observations sur les malades de son service, et nous n'hésitons pas à dire que nous avons profité de ses communications.

C'est encore un travailleur qui manque à son pays au moment où il a le plus besoin d'hommes pratiques, pour transformer en véritables asiles les antiques couvents, depuis trop longtemps les tristes refuges des aliénés. M. Castiglioni était membre associé étranger de la Société médico-psychologique, à laquelle il adressait régulièrement ses publications. Nous conserverons de lui un bon souvenir et nous nous associons aux regrets de sa famille et de ses honorables collaborateurs.

A. Brierre de Boismont.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société a dû encore une fois ajourner sa séance solennelle annuelle : elle a été fixée au 18 décembre 1871.

Dans la séance du 13 novembre, la Société a nommé membre correspondant national M. le Dr Drouet, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

PRIX GUISLAIN (quinquennal).

La Société de médecine de Gand met au concours de 1870-1875, la question suivante :

Rechercher quels sont, tant au point de vue pratique que théorique, les progrès accomplis en médecine mentale depuis le commencement de ce siècle, et déterminer l'influence que Guislain *a pu exercer par ses travaux sur la marche de cette partie des connaissances médicales.*

Une médaille d'or de cinq cents francs, ou cette valeur en espèces, le titre de membre correspondant et cinquante exemplaires tirés à part seront accordés à l'auteur du mémoire couronné.

Les mémoires devront être adressés, francs de port, dans les formes académiques, *avant le 1er juin* 1875, au docteur *Charles Willems,* secrétaire de la Société, rue des Epingles, 10, à Gand.

Avis sur les dangers qu'entraine l'abus des alcooliques,

par M. Bergeron.

Dans la séance du 3 octobre, l'Académie de médecine, après une courte discussion, a adopté à l'unanimité et sauf quelques réserves, un projet d'avis rédigé par les soins d'une commission spéciale, et qui est destiné à être porté à la connaissance du public par tous les moyens possibles de publicité. Nous ne reproduisons que ceux des articles qui peuvent plus particulièrement intéresser nos lecteurs.

1. Ce qui distingue surtout l'homme de la bête, c'est qu'il a le sentiment de sa liberté d'action pour le bien comme pour le mal, et par conséquent le sentiment de sa responsabilité.

2. Le jour où l'homme perd ce double sentiment, il déchoit et tombe au rang de la brute.

3. Lorsque cette déchéance est le fait de la maladie, elle est pour l'homme un malheur, mais elle devient une honte, lorsqu'il la provoque lui-même par l'abus des boissons enivrantes, car il se dépouille ainsi volontairement du plus noble de ses attributs, de celui qui fait, avant tous, sa supériorité, la conscience morale.

4. Assurément, ce n'est pas à cette déchéance que tend l'homme qui use des boissons fermentées ; ce qu'il cherche d'abord dans leur usage, c'est un plaisir passager et une réparation momentanée de ses forces.

5. Dans de pareilles limites, cet usage n'a rien que l'hygiène réprouve ; il est même juste de reconnaître que s'il n'est pas indispensable à la santé, il n'est pas non plus sans utilité.

6. Mais, si modéré qu'il soit, il offre cependant un danger. Il n'est pas besoin, en effet, d'arriver jusqu'à l'abus des boissons fermentées pour constater que sous l'influence de l'alcool qu'elles renferment *toutes*, le cerveau subit un certain degré d'excitation qui donne à l'esprit plus de vivacité et une disposition à voir toutes choses par le meilleur côté.

7. Il ne faut donc pas s'étonner si l'homme, une fois qu'il a connu cette sensation, la recherche de nouveau. Or, là est précisément le péril, car cette légère excitation cérébrale, peu dangereuse en soi, n'est, après tout, que le premier degré de l'ivresse, et, ce premier degré franchi, l'homme, entraîné par une pente insensible, passe vite de l'excès isolé aux habitudes d'ivresse, pour tomber rapidement dans toutes les misères physiques et morales qu'engendre l'ivrognerie, et dès lors, il est perdu.

8. En tout temps et en tous lieux, l'ivrognerie a fait de nombreuses victimes, mais jusqu'au siècle dernier, le mal n'avait exercé que des ravages isolés ; il ne s'était pas élevé à la hauteur d'un fléau. Il était réservé au XVIII^e^ siècle, plus encore au nôtre, de donner le honteux spectacle de populations entières s'abrutissant par l'abus de l'alcool.

9. Tout le nord de l'Europe paye à l'alcoolisme un tribut monstrueux; mais, quelle que soit la profondeur du mal chez les

nations étrangères, il faut reconnaître et ne pas craindre de déclarer que chez nous il est immense. Tout le prouve : et les statistiques qui établissent que la consommation des boissons alcooliques s'est accrue en France, depuis 20 ans, dans une proportion plus considérable que dans les 50 premières années du siècle ; et celles qui montrent l'élévation progressive du nombre des maladies dues à l'abus de l'alcool et particulièrement des différentes formes de la folie ; l'abaissement moral du pays, attesté par tant de preuves récentes ; tout enfin, jusqu'à nos défaites, préparées sans doute par des causes multiples, mais auxquelles l'ivresse a trop souvent enlevé toute dignité, en les souillant de sa marque honteuse.

10. Or, s'il est vrai que le sens moral a perdu de sa force dans notre pays, et qu'on y semble moins redouter l'avilissement que la souffrance, il faut renoncer à l'espoir d'arrêter les progrès de l'alcoolisme, en cherchant à réveiller le sentiment de la dignité humaine ; il faut se résigner à ne compter que sur la peur, et mettre sans relâche sous les yeux de tous le tableau vrai des maux si nombreux et si variés qui naissent de l'ivrognerie ; il faut que désormais aucun de ceux qui deviendront victimes de l'alcoolisme ne puisse invoquer pour excuse son ignorance du danger.

.

13. Les effets immédiats de l'alcool sur l'estomac sont loin d'épuiser son action ; la plus grande partie du liquide est absorbée par les veines, et, entraînée par la circulation, va exercer sa fâcheuse influence sur tout l'organisme, et notamment sur le cerveau, le foie, les poumons et les reins.

14. Le *cerveau* est de tous les organes, — aucun buveur ne l'ignore, — celui qui ressent le plus vivement l'action de l'alcool. Mais les expériences sur les animaux vivants ont en outre démontré que le tissu nerveux est, entre tous, celui qui retient et emmagasine, en quelque sorte, la plus forte proportion d'alcool.

15. Mis en contact, par les petits vaisseaux sanguins, avec la substance cérébrale, l'alcool exalte les fonctions du cerveau, et cette exaltation, dont le degré est en rapport avec la proportion d'alcool absorbé, se traduit, en passant par toutes les phases de l'ivresse, d'abord par un entrain joyeux, presque toujours bienveillant, auquel succède bientôt un intarissable bavardage, avec une tendance marquée à tourner dans le même cercle d'idées ; la marche qui, au début, était très-alerte, et dont l'allure semblait devoir défier toute fatigue, devient alors moins assurée ; puis la gaieté fait place à un certain degré d'irritabilité qu'accompagne presque toujours un invincible entêtement. A partir de ce moment, la scène change complétement d'aspect : ce n'est plus seulement de l'excitation, c'est une perversion des idées, un véritable délire, plus ou moins querelleur, plus ou moins violent, qui tantôt aboutit à un verbiage incohérent, à un état d'agitation, avec tremblement de tous les membres, qui constitue un accès du *délirium tremens*, délire spécial des buveurs, pouvant à lui seul déter-

miner la mort, et tantôt dégénère en une crise de fureur dans laquelle l'homme devient capable de tous les crimes, et dont il n'évite d'ordinaire les horribles entraînements que parce qu'il tombe, épuisé par l'excès même de l'excitation à laquelle il est en proie, dans un état de prostration qui en fait une masse inerte : c'est l'homme *ivre-mort*.

16. Lorsque de pareils excès se reproduisent à de courts intervalles, et même lorsque l'action de l'alcool, sans dépasser la légère excitation du début, se répète chaque jour, au simple ébranlement du tissu nerveux qu'a produit d'abord cette excitation, succèdent peu à peu des lésions matérielles, depuis la congestion diffuse, plus moins généralisée, plus ou moins persistante du cerveau, jusqu'au ramollissement. Et alors ce n'est plus par une effervescence joyeuse, non plus, il est vrai, que par des accès de fureur, que se révèlent ces désordres, mais par des maux de tête persistants, des vertiges, puis bientôt par un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles, la paresse d'esprit, la perte de la mémoire, l'embarras de la parole, le tremblement incessant des membres, des accès passagers de délire, tantôt calme, tantôt agité, alternant souvent avec des accès d'épilepsie, et finalement la folie, l'imbécilité et la paralysie qu'a souvent précédée de longue date la stérilité ou une impuissance absolue.

.

24. Il ne suffit pas de faire connaître tous les maux que produit l'abus de l'alcool, il faut encore indiquer les circonstances qui, dans l'usage des boissons fermentées et de l'eau-de-vie, sont le plus propres à favoriser la production de ces maux.

25. Et d'abord, un fait qu'il faut proclamer bien haut et qu'il ne faut pas se lasser de rappeler, car si tout le monde le sait, tout le monde aussi semble l'oublier, c'est que *toute boisson alcoolique, vin, bière, cidre, eau-de-vie ou liqueur, lorsqu'elle est prise en dehors des repas, agit beaucoup plus rapidement et avec beaucoup plus d'énergie sur les organes et particulièrement sur le cerveau, que lorsqu'elle est mélangée aux aliments.* L'immense majorité des cas d'alcoolisme aigu ou chronique est due à la funeste habitude qu'ont aujourd'hui tant de gens, et cela dans toutes les classes, de prendre, soit le matin à jeun, soit avant le repas du soir, les unes du vin pur, les autres, en bien plus grand nombre, des vins alcooliques secs, de l'eau-de-vie ou des liqueurs. C'est à ce pernicieux usage, et à ses progrès si rapides depuis vingt ans, qu'il faut attribuer, en partie, l'affaissement physique et moral dont ce pays ressent encore si cruellement, chaque jour, les tristes effets.

26. Par sa composition (eau, alcool, éther, tannin, sels), le *vin* constitue, au titre de 9 à 11 p. 100 d'alcool et étendu de deux tiers d'eau, une excellente boisson pour les repas; un homme qui se livre à un travail manuel exigeant des efforts soutenus peut sans inconvénient consommer un litre de vin par jour, tandis qu'en dehors de ces conditions de travail, 40 à

60 centilitres suffisent. Mais lorsque le vin est pris pur, dans l'intervalle des repas, et surtout le matin, à jeun, il peut, à lui seul, produire tous les accidents de l'alcoolisme; il n'y a pas d'asile d'aliénés qui ne compte un certain nombre de pensionnaires dont la folie n'a d'autre cause que ce *coup du matin* si inoffensif en apparence.

27. La plupart des *bières* et des *cidres* livrés à la consommation générale ont un titre alcoolique si peu élevé (de 2 à 4 p. 100) qu'ils ne peuvent guère à eux seuls donner lieu aux accidents de l'alcoolisme aigu ou chronique. D'un autre côté, comme ils répondent, par les principes qu'ils renferment (eau, alcool, sucre, principes amers, sels, arome) aux divers besoins que doivent satisfaire les breuvages pris au repas, on peut dire qu'ils présentent aussi les qualités d'une bonne boisson, mais inférieure au vin toutefois, qui produit les mêmes effets utiles, sous un moindre volume, sans distendre par conséquent l'estomac outre mesure et sans gorger de liquide le système veineux.

Une *pinte* de bière et de cidre commun, par repas, suffit pour un travailleur; c'est donc sans profit pour la santé que les campagnards et les ouvriers de nos provinces du Nord et du Nord-Est engloutissent à leurs repas d'énormes pots de bière ou de cidre. Mais c'est au grand détriment de cette santé que s'est établie, dans ces provinces, chez les femmes aussi bien que chez les hommes, l'habitude, soit d'ajouter à la boisson, soit de consommer sans mélange des quantités considérables d'eau-de-vie, dans le seul but d'obtenir de cette liqueur l'excitation cérébrale que la bière et le cidre sont impuissants à donner.

28. C'est en effet sous forme d'*eau-de-vie* ou de liqueur que l'alcool exerce sur les populations les plus grands ravages. Tant qu'il a été obtenu exclusivement par la distillation du vin, sa consommation limitée, comme la culture de la vigne, n'a produit en quelque sorte que des maux isolés; mais du jour où l'extraction de l'alcool des grains, de la pomme de terre, et plus tard de la betterave, a permis de jeter dans le commerce des boissons, à des prix extrêmement réduits, des quantités illimitées d'esprit de vin artificiel, les ravages de l'alcoolisme sont devenus inquiétants; ils sont aujourd'hui un malheur public.

29. Autrefois l'ouvrier, aux champs comme à la ville, se bornait à boire, le matin, à jeun, sous prétexte de neutraliser les effets de la brume matinale, un verre de vin pur plutôt blanc que rouge, précisément parce que le vin blanc excite plus rapidement le cerveau; il y avait déjà dans cet usage un sérieux danger. Mais plus tard, le vin blanc n'a plus suffi, et, le bas prix des alcools aidant, c'est par une liqueur (cassis) qu'on l'a remplacé, au moins dans les villes, pour obtenir plus vite et à un plus haut degré l'excitation désirée; enfin, aujourd'hui, cette liqueur elle-même qui, par l'huile essentielle et le sucre qu'elle renferme, flatte plus que les *eaux-de-vie* communes le goût des buveurs, est devenu trop fade à

leur gré, et maintenant l'immense majorité des ouvriers consomme chaque matin, à jeun, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à l'absorption de l'alcool, un breuvage pernicieux qu'on appelle le *mêlé*, et qui n'est que la liqueur du cassis additionnée d'une forte proportion d'alcool.

30. L'usage du *mêlé* suffit parfaitement pour produire l'alcoolisme chronique, mais l'usage de la *liqueur d'absinthe*, qui, de l'armée, s'est propagé si rapidement dans la population civile, est peut-être plus pernicieux encore, moins à cause de certaines propriétés spéciales qui ont été attribuées à l'extrait d'absinthe, sans avoir été jusqu'à ce jour suffisamment prouvées, que parce que cette liqueur est, de toutes, celle qui renferme la plus forte dose d'alcool, et qu'elle est toujours prise avant les repas, précisément dans le but de ranimer les fonctions digestives qu'elle contribue à rendre chaque jour plus languissantes.

31. Dans les campagnes, ni le *mêlé*, ni la *liqueur d'absinthe*, ne sont encore d'un usage très-répandu, mais la consommation des *eaux-de-vie artificielles* dans l'intervalle des repas y fait des progrès d'année en année plus inquiétants, et si l'on n'y met ordre, y rendra l'alcoolisme aussi fréquent que dans les populations urbaines.

32. De ce que l'on insiste particulièrement ici sur les dangers dont sont menacés les buveurs qui consomment vin pur, eau-de-vie ou liqueur, en dehors des repas, c'est-à-dire lorsque l'estomac, vide d'aliments, absorbe plus rapidement l'alcool, il ne faudrait pas conclure que, dans des conditions opposées, leur usage est complétement inoffensif. Il n'est pas de médecin, au contraire, qui n'ait eu l'occasion de constater la fâcheuse influence qu'exerce sur la santé l'habitude qu'ont beaucoup de gens qui se croient très-sobres et qui passent pour tels, soit de ne boire que du vin pur aux repas, soit de prendre, chaque jour, après l'un des repas, sinon à tous, un petit verre d'eau-de-vie, ou pure, ou mélangée à du café chaud, ce qui rend peut-être plus énergique encore l'action de l'alcool. Sans doute, de pareilles habitudes ont rarement suffi pour produire les formes graves de l'alcoolisme, mais que de troubles digestifs, que de maux de têtes rebelles, que d'accès de goutte ou de gravelle, que de catarrhes bronchiques ne voit-on pas, soit disparaître rapidement chez les individus assez sages pour renoncer à l'usage de toutes ces boissons excitantes, soit au contraire s'aggraver et subir des transformations qui les rendent irrémédiables, chez ceux qu'une incurable faiblesse rend impuissants à dominer leur sensualité!

33. Ces pages n'exagèrent rien, elles ne disent rien que d'absolument vrai. Quel bien peuvent-elles produire? Dans quelle mesure réussiront-elles à ralentir les progrès du fléau qui nous envahit? L'avenir le dira. Mais s'il n'est guère permis de compter qu'elles agiront assez sur l'esprit des buveurs endurcis pour les faire renoncer à la funeste passion qui les domine, ne peut-on pas espérer, sans trop présumer de leur

valeur, qu'elles arrêteront, sur la pente qui les attire, quelques-uns de ceux qui, enclins à se laisser entraîner à des écarts de régime, ou adonnés déjà à quelqu'une des habitudes alcooliques les moins dangereuses en apparence, sont encore assez maîtres d'eux-mêmes pour profiter d'un avertissement? C'est à ceux-là surtout que ces pages s'adressent. Qu'ils s'observent donc, qu'ils étudient leurs sensations, qu'ils cherchent à se rendre compte des effets que produit sur eux, soit le vin pur, soit l'eau-de-vie, sous quelque forme qu'ils le prennent; que, pour faire la contre-épreuve, ils se sèvrent, pendant un temps plus ou moins long, de ce stimulant qui leur plaît et qui leur est devenu habituel; puis, qu'ils comparent, et bientôt ils ne pourront méconnaître que leur force physique, plus constamment égale, s'est véritablement accrue; que leur appétit est plus vif et plus régulier; que leurs digestions sont moins pénibles, et qu'enfin leur esprit est plus net et plus actif. Or, pour tous ceux qui ont quelque souci de leur dignité, ou au moins de leur santé, cette épreuve suffira peut-être, et ils couperont court à des habitudes dont ils auront eux-mêmes constaté les fâcheux effets. Mais il faut qu'ils fassent plus encore, il faut qu'ils entrent, avec tous les gens pénétrés de l'amour du bien public, dans une ligue contre l'alcoolisme, pour faire à leur tour de la propagande; car il faut désormais lutter contre cet implacable ennemi, sans repos ni trêve : le salut du pays est à ce prix.

Cours public sur les maladies mentales.

M. le Dr Jules Falret, médecin de Bicêtre, commencera ce cours, dans l'amphithéâtre, n° 2 de l'Ecole pratique, le 2 décembre à 4 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

.

Le rédacteur en chef, L. LUNIER.

Le directeur-gérant, BAILLARGER.

.

.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE SIXIÈME VOLUME

DE LA CINQUIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. Pathologie.

PAGES.

De l'importance des phénomènes négatifs dans le diagnostic des psychopathies, par MM. C. Vigna et Brierre de Boismont 4

Deux cas de trouble psychique transitoire, par M. le Dr Châtelain. 24

Étude clinique sur le diagnostic de la paralysie générale, par M. le Dr Drouet. 35 et 182

Observation de manie ambitieuse ; accès maniaques transitoires. Prédisposition héréditaire ; aliéné persécuteur, par M. le Dr Dagonet. 161

Du délire panophobique des aliénés gémisseurs ; influence des événements de la guerre sur la manifestation de ce genre de folie, par M. le Dr Morel 321

II. Médecine légale.

Rapport médico-légal sur l'état mental de Philippe B... — Monomanie avec hallucinations, par M. le Dr Hildenbrand. 55

Rapport médico-légal sur l'état mental d'Auguste Hossard, inculpé d'incendie volontaire. — Paralysie générale alcoolique ; par M. le Dr Henry Bonnet. 198

Rapport médico-légal. — Faiblesse intellectuelle ; hérédité ; par M. le Dr Motet. 368

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

Séance du 16 juin 1871. — A l'occasion du procès-verbal : M. Legrand du Saulle. — Correspondance et présentations : MM. de

PAGES.

Lamaëstre, Bourdin et Morel. — Modification à l'ordre du jour : MM. Billod, Morel, Legrand du Saulle et Lunier. — De l'influence exercée par la guerre sur l'aliénation mentale et le service des aliénés : MM. Morel, Bourdin, Baillarger, Delasiauve et Legrand du Saulle. 218

Séance du 31 juillet. — Correspondance et présentation d'ouvrages. —A propos de la séance générale annuelle de la Société : M. Lunier. — Nomination de M. Hildenbrand comme membre correspondant. — De l'emploi des bromures dans le traitement des maladies nerveuses ; MM. Legrand du Saulle, J. Falret, A. Voisin et M. Lasègue. 380

Séance du 28 octobre. — Modification à l'ordre du jour; ajournement de la séance générale annuelle. — Correspondance et présentation d'ouvrages. — Réclamation de M. Mundy; réponse de M. Lunier. — Un mariage *in extremis:* M. Lasègue. 389

II. Revue Anthropologique.

Années 1868 et 1869; par M. Achille Foville

Discussion sur le transformisme 392
Le genre homo forme-t-il un ordre ou une famille 394
L'homme descend-il de la même souche que le singe 395
Analogies et différences. 397
Théorie du transformisme 407
Objections à lui opposer 410
Ses conséquences sociales 413

III. Revue des sociétés savantes.

Année 1870.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Cause des courants nerveux 415
Volume des centres nerveux et intelligence. 415
Sur les circonvolutions du cerveau 416
Des courants électro-capillaires dans le cerveau 417
Coexistence des anévrismes de la rétine avec ceux de l'encéphale. 417
Tétanos guéri par le chloral. 419
Statistique de la rage en France. 419
Sur le bromure de potassium 419
Part du brome dans l'action des bromures. 419 et 420
Sur les mouvements choréiformes du chien. 420
Sur la contractilité musculaire. 420
Cas de séquestration prétendue arbitraire 421
Examen de la loi de 1838 423

III. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS

(Année 1869, suite et fin.) — Par MM. Berger et Motet.

PAGES.

Pronostic et traitement de l'épilepsie. 74
Mutisme passager chez une femme. 75
Anesthésie avant la pendaison. 75
Épilepsie par accident chez une chatte. 75
Hospice pour les ivrognes. 76
Alcool consommé en Angleterre. 78
Ivrognerie en Amérique 78
Épilepsie; bromure de potassium. 78
Transformations de la monomanie. 79
Saignée malaire dans la manie aiguë. 80
Tétanos et fève de Calabar. 80 et 82
Du curare dans le tétanos 81
Rhumatisme nerveux et bromure. 81
Tétanos et bromure de potassium. 82
Épilepsie et bromure de potassium 82 et 92
Chorée et bromure de potassium. 84
Paralysie ascendante et frictions mercurielles 86
Manie, suite d'embarras gastrique. 87
Effets physiologiques et thérapeutiques du chloral. 88
Frictions d'huile de croton sur le cuir chevelu, dans les inflammations des méninges. 91
Éclampsie et chlorhydrate de morphine. 93
Éclampsie épileptiforme grave. 93
Traitement des névralgies. 94
Paraplégie guérie par l'iodure de potassium 94
Belladone et quinine dans la folie circulaire. 96
Ataxie locomotrice progressive 96
Esprit, force et matière 96
Rupture du deltoïde, suite de convulsions épileptiques. 96
Prédominance des urates dans une forme de manie 96
Du vertige stomacal. 97
Cas curieux de délirium tremens. 97
Physiologie expérimentale et épilepsie. 98
Formule anti-épileptique. 99
Observation de tumeur cérébrale. 99
Tumeur du 4e ventricule, hémiplégie. 100
Ether pulvérisé dans la chorée. 101, 104
Alcoolisme. 105
Compression du cerveau par un épanchement sanguin. 105
Pathologie du sympathique cervical. 105

PAGES.

Hémiplégie et aphasie chez un phthisique. 105
Cas de tétanos traumatique. 105
Tétanos traumatique; section du nerf. 106
Tubercules du cervelet et du bulbe. 106
Paralysie agitante dans la fièvre typhoïde. 106
Sur l'alcoolisme subaigu. 107
Troubles fonctionnels du grand sympathique. 113
Pathologie du cervelet et du bulbe dans l'épilepsie. 113

JOURNAUX ANGLAIS

Année 1869 ; analyse par M. le Dr Dumesnil.

Etat des capillaires dans la folie. 114
Localisation des fonctions dans les hémisphères cérébraux. . . . 120
Sur l'ancienneté de la paralysie générale. 122
Effets du nervosisme, suite d'un choc moral. 123
Cas de méningite cérébrale. 123
De l'augmentation des cas de folie. 242
Sur la folie sans délire.. 243
Notes sur les asiles américains. 244
Incertitudes médico-légales. 258
Cas de folie syphilitique. 260
Emmanuel Swédenborg. 435
Causes des décès dans la folie chronique. 444
Des bromures dans l'épilepsie et autres névroses.. 447
Une visite à l'asile de Friedrichsberg. 447
Matière et force dans leur relation avec les phénomènes de l'ordre mental et cérébral.. 448
Localisation des centres perceptifs. 452
Sur les maisons de santé françaises. 453
Le bain de l'indompté. 457

JOURNAUX AMÉRICAINS

Année 1869 ; analyse par M. Brierre de Boismont.

De l'emploi des moyens coercitifs. 125
Sur une forme de prostration nerveuse. 129
Appréciation de Griesinger. 129
De la manie transitoire.. 130
De la folie religieuse sentimentale. 130
Action et usages de l'acide phosphorique. 131
Réunion annuelle des médecins aliénistes américains 132
Etat anormal de l'esprit avec conservation de l'intelligence. 134

JOURNAUX ALLEMANDS

. . . . Années 1868 et 1869; analyse par M. Chatelain.

PAGES.

Infantieide, état mental douteux. 136
Cas de manie des perséeutions. 137
Infantieide, folie conséeutive. 137
Rapports médieo-légaux. 138, 139
De l'ivresse au point de vuo médieo-légal 139
De la monomanie religieuse. 140
Tentative d'assassinat, état mental douteux. 141
Deux eas de mélaneolie. 141
La question de responsabilité dans le nouveau eode criminel allemand 142
Folie d'orgueil et de persécution. 144
Hystérie guérie par les eaux d'Ems. 268
Mélaneolie guérie par le bromure de potassium. 268
Visite à l'asile d'Heppenheim. 268
Etat mental du eomte Chorinsky. 268
Rapport sur l'asile de Rudolstadt. 269 et 271
Paralysie générale et dégénéreseenée amyloïde. 269
Hématome de la dure-mère. 269
Lettres psyehiatriquesde Frânee. 269 et 270
Etat de la rétine dans l'amaurose. 269
Les eolonies de l'asile de Bendorf. 269
Casuistique des névroses et de la folie. 269 et 270
Diagnostie de la syphilis intraerânienne. 270
Revue de psychologie légale. 270
Communieations psyehiatriques. 270
Assistanee des aliénés dans les prineipautés danubiennes. 270
Thomboses des sinus cérébraux 271
Rapport sur l'asile de Wehnen. 271
Morphine et papavérine. 271
Le ehloral, nouvel hypnotique. 271
Du bromure de potassium. 271
De l'aphasie. 271
Des tubereules de la ehoroïde. 271
De la vision dans l'obseurité. 271
Des aliénés au point de vue soeial. 272
La eolonie de Reckartz, en Saxe. 272
De l'enseignement elinique de la psyehiatrie 272
De l'alimentation foreée des aliénés. 273
De la mieroeéphalie. 273
De la eolonisation des aliénés. 273
Température du corps dans les névroses. 274
Tétanos guéri par les injections morphinées. 274
Des paralysies de la faee. 274

PAGES.
Des troubles psychiques dans les blessures du crâne. 275
Rétrécissement du canal-jugulaire comme cause du délire aigu. . . 276
Du vertige. 276
Troubles psychiques dans le rhumatisme. 277
De l'insomnie chez les aliénés. 277
Poids du cerveau et capacité du crâne 278
Terminaison des nerfs du goût. 279
Anatomie des corpusoules nerveux du tact. 279
Du tissu cellulaire dans la couche corticale. 279
Régénération des nerfs coupés. 279
Retard de l'influx nerveux dans les nerfs moteurs. 279
Communication de la cavité crânienne avec les vaisseaux de la dure-mère. 280
Assistance publique des aliénés dans le Hanovre. 280
Troubles trophiques dans les névralgies. 282
De l'aphasie. 283
Nouvelle forme d'altération de l'encéphale 285
Sensation croisée de l'individualité sexuelle. 285
Etat de la moelle dans la démence paralytique. 288
La pathologie du sympathique. 288
Paresthésies du goût 289
De la papavérine. 290
Littérature psychiatrique américaine. 290

JOURNAUX ITALIENS

Années 1869-70; analyse par M. le Dr Motet.

Pathologie des convulsions. 265
Paraplégie hystérique guérie par l'électricité. 266
De la renoncule dans la sciatique. 266
Structure de la zone ciliaire de la rétine. 266
De l'électricité dans les névroses. 266
Traitement du tétanos par le curare. 266
Guérison d'un tétanos traumatique. 267
De la cautérisation de l'oreille dans la sciatique. 267
Somnambulisme et bromure de potassium. 267
Acétate de plomb et acide arsénieux dans la pellagre. 268

IV. Bibliographie.

Considérations générales sur la construction et l'organisation des asiles d'aliénés; par M. P. Lenoir, architecte (analyse par M. le Dr Lamaëstre). 145
De la dégénérescence intellectuelle du peuple français, son caractère pathologique, ses symptômes et ses causes. Contribution de médecine mentale à l'histoire médicale des peuples; par le Dr Carl Starck (anal. par M. Morel). 291

PAGES.

Etudes cliniques sur l'hystérie; par M. le Dr E. Chairou (anal. par M. de Lamaëstre). 299

De l'imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent, par M. le Dr Prosper Despine. 305

Rapport sur le service de l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon; par M. le Dr Henry Bonnet (anal. par M. A. Laurent). 458

Bulletins bibliographiques. 149, 316 et 465

Association des médecins aliénistes. — Assemblée générale. . . 151

V. Variétés

Nominations : — MM. Dubiau, Bourgarel, Hildenbrand. — Société médico-psychologique. — Service des aliénés pendant la guerre. 157

Nominations et promotions : MM. Icard, Péon, Dubiau, Hildenbrand, Bulard, Sauze, Renault du Motey, Bonnet, Brunet, Fougères, Boutcille, Petrucci, Lachaux, Max Simon, Lièvre, Védie, Fusier, Teilleux, Laffitte, Cottard, Guérineau, Barthélemy, Delaporte, Réverchon, Poret, Tardieu, Maret et Abram. — Nécrologie : M. Monlau. — Prix de l'Académie. — Prix Riberi. — Les aliénés pauvres en Angleterre et dans le pays de Galles. 317

Nominations et promotions : MM. Potain, Ch. Loiseau, Motet et Voisin. Néerologie : Castiglioni. — Société médico-psychologique. — Prix Guislain.—Avis sur les dangers qu'entraîne l'abus des alcooliques 466

Table des matières du t. VI de la Ve série. 474

CORRESPONDANCE.

Archivio italiano. — Nous manquent les nos 6 de 1870, 1, 3, 4 et 6 de 1871.

American journal of medical science. — Nous n'avons reçu des années 1870 et 1871 que le no de janvier 1870.

Quaterly journal of psychological medecine. Nous manquent le no 4 du t. III, le no 3 du t. IV, et les nos 1 et 2, du t. V.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — Le dernier numéro reçu est le 2e fascicule du t. II.

Der Irrenfreund. — Nous manquent les nos 9, 10 et 11 de 1870 et le no 3 de 1871.

Psychiatrisches Centralblatt. — Nous manquent les nos 1, 3 et 4 de 1871.

Annales de la Société de médecine de Gand. — Nous n'avons pas reçu les nos de septembre, octobre, novembre et décembre 1870 et ceux de janvier à août 1871.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles. — Nous manque le no d'août 1870.

Nota. Nous prions les éditeurs des journaux qui nous sont envoyés en échange, de nous les adresser directement rue Jacob, 52, à moins d'avis contraire.

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.